DE LA

FOLIE PUERPÉRALE

DANS SES RAPPORTS AVEC L'ÉCLAMPSIE

ET LES ACCIDENTS INFECTIEUX DES SUITES DE COUCHES

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21707029

DE LA

FOLIE PUERPÉRALE

DANS

SES RAPPORTS AVEC L'ÉCLAMPSIE

ET LES ACCIDENTS INFECTIEUX DES SUITES DE COUCHES

PAR

LE Dr A. LALLIER

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS ET DE LA MATERNITÉ
DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

R39233

DE LA FOLIE PUERPÉRALE

DANS SES RAPPORTS AVEC L'ÉCLAMPSIE

ET LES ACCIDENTS INFECTIEUX DES SUITES DE COUCHES

AVANT-PROPOS

Bien qu'en général on ne refuse pas aux complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches toute influence dans la production de la folie puerpérale, beaucoup d'auteurs ont laissé dans l'ombre le rôle de deux de ces complications, très communément associées aux troubles mentaux, l'éclampsie et l'infection. Un certain nombre de médecins ont brièvement signalé cette coexistence fréquente, mais peu d'entre eux ont tenté de pénétrer les rapports intimes que les phénomènes psychiques affectent avec les phénomènes somatiques dont nous venons de parler, et aucun n'a tiré de cette connexion des conséquences pratiques applicables au traitement préventif et curatif des psychoses.

Sur les conseils de M. Bar, nous avons entrepris l'étude de ces questions. Voici le plan que nous avons adopté. Après un exposé historique aussi succinct que possible, nous examinerons les relations qui unissent si étroitement

la folie puerpérale à l'éclampsie et à l'infection ; puis nous parlerons de la forme et de la pathogénie des psychoses que ces états produisent ; enfin nous montrerons qu'il n'est pas indifférent de connaître l'existence de ces deux grands facteurs étiologiques au point de vue de la prophylaxie, du pronostic et du traitement des psychoses de la puerpéralité.

Avant d'entrer directement dans le sujet, nous avons à nous acquitter de notre dette de reconnaissance envers nos maîtres des hôpitaux de Paris. Ce devoir sera pour nous un plaisir.

Le premier nom qui doit être inscrit ici est celui de M. Terrier, notre premier maître. Pendant deux ans, nous avons pu apprécier son enseignement et nous lui devons d'avoir été témoin des plus grands succès de la chirurgie moderne.

Nous avons aussi à remercier vivement M. Millard ; c'est dans le service de ce maître respecté que nous avons fait nos débuts dans la pathologie interne ; nous garderons toujours le souvenir de ses précieux conseils.

Que M. Hallopeau reçoive aussi l'expression de toute notre gratitude pour sa bienveillance qui ne s'est jamais démentie et pour le soin qu'il a mis à nous faciliter l'étude délicate de la dermatologie, pendant l'année d'externat que nous avons passée dans son service si riche de l'hôpital St-Louis.

Nous n'oublierons jamais non plus les savantes leçons de M. Raymond sur la pathologie nerveuse et ce que nous devons à ce maître aussi affable qu'éclairé.

C'est à M. Bar que nous sommes redevable de l'idée pre-

mière de ce travail : c'est lui qui, dans notre dernière année d'externat, à la Maternité de l'hôpital St-Louis, nous a prodigué ses conseils pratiques et ses encouragements dévoués ; nous tenons à l'en remercier ici publiquement.

Nous adressons aussi le témoignage de notre reconnaissance à MM. Richelot, Oulmont, Merklen, Quénu et Bonnaire, nos maîtres par intérim, pour l'intérêt qu'ils nous ont montré, ainsi qu'à MM. Porak, Doléris, Maygrier et Mangin pour les observations inédites qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

M. Chaslin, médecin de l'hospice de Bicêtre, nous a guidé avec une extrême obligeance dans nos recherches et nous a fait largement profiter de ses connaissances si étendues sur la littérature médicale étrangère. Qu'il veuille bien agréer nos sincères remerciements.

Enfin, nous ne savons en quels termes exprimer à M. le professeur Tarnier combien nous sommes sensible au grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nous n'avons pas l'intention de faire ici l'historique complet de la folie puerpérale ; il est exposé en détail dans l'ouvrage de Marcé (1) et dans la plupart des thèses qui ont traité de cette affection. Nous ne citerons même pas tous les auteurs qui ont rapporté des cas de psychoses survenues après des crises éclamptiques ou après des phénomènes d'infection puerpérale, car nous aurions à parler de presque tous ceux qui ont écrit sur la folie des femmes enceintes ou des nouvelles accouchées. Nous allons seulement nommer les auteurs qui ont vu entre ces deux états, éclampsie ou infection d'une part, psychose d'autre part, plus qu'une simple coïncidence, une véritable relation de cause à effet.

Le rôle de l'éclampsie dans la production des psychoses est certainement connu depuis longtemps. Déjà, au milieu du siècle dernier, Boënneken (2) avait publié une observation qui le confirme. Gras (3) en fait connaître une autre. M. Hervieux les rapporte toutes les deux (4). Mme Lacha-

(1) *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, etc. Paris, 1858.

(2) *Biga casuum medicorum, etc. Werthemiæ*, 1744, in : Haller, *Disp. ad morb.*, I.

(3) *Sur les convulsions qui se manifestent pendant le travail de l'enfantement, avant l'écoulement de l'eau de l'amnios.* Th. Paris, an XIII (1804).

(4) *Traité des maladies puerpérales*, 1870, p. 1036.

pelle dit, parlant de l'éclampsie : « Quelquefois le délire s'établit et la maladie se change en véritable fièvre cérébrale (1). »

Merriman (2) cite deux malades devenues folles après des convulsions puerpérales. Gooch (3) et Esquirol (4) rapportent des faits semblables.

Hilaire (5), de Rouen, Bibergeil (6), Sanchez Frias (7), Sélade (8), Billod (9), James Reid (10), ont publié chacun une observation d'aliénation mentale survenue à la suite de l'éclampsie ; toujours l'apparition de la manie fut très précoce. Marcé (11) n'a pas eu l'occasion d'observer cette cause de folie, mais il admet parfaitement la possibilité de son action.

Depuis Marcé, bien que beaucoup d'auteurs aient rapporté des cas de folies survenues après des convulsions éclamptiques, peu d'entre eux ont insisté sur la connexion entre ces deux manifestations morbides. Spiegelberg (12)

(1) *Pratique des accouchements*, etc. Paris, 1821-5, III, 21.

(2) *A synopsis of the various kinds of difficult parturition*, etc. London, 1814, p. 147.

(3) Observations on puerperal insanity (*Tr. Coll. Phys. Lond.*, 1820. VI, 263).

(4) *Des maladies mentales*, 1838, vol. II, p. 259.

(5) Observation sur un cas d'éclampsie suivie d'aliénation mentale (*J. de méd. et chir. prat.*, Par., 1834, V, 551).

(6) Glücklicher Ausgang für Mutter und Frucht bei einer Eclampsia parturientium und nachfolgender Mania acuta (*Wchnschr. f. d. ges. Heilk.*, Berl., 1844, 461).

(7) *Anales de cirugia*, 1847, 3e trimestre.

(8) *Archives de médecine belge*, avril 1848 et *Ann. méd.-psych.*, octobre 1849.

(9) *Ann. méd.-psych.*, Par., 1856, 3e s., II, 310.

(10) On the causes, symptoms and treatment of puerperal insanity (*J. Psych. M.*, Lond., 1848, I, 128, 284).

(11) *Loc. cit.*, p. 176.

(12) *Lehrb. d. Gebh.*, 2 Aufl., 1882, p. 642.

cite l'apparition des psychoses dans le cours de l'éclampsie sans donner plus de détails. Winckel (1) dit qu'après l'éclampsie, des états maniaques sont assez souvent observés et il ajoute avec Fritz (2) que la manie est d'autant moins intense que les attaques éclamptiques sont plus rares ou plus faibles.

Fehling (3) et Kehrer (4) admettent aussi la relation entre l'éclampsie et les psychoses, et ce dernier fait observer que le pronostic *quoad vitam* est sensiblement plus défavorable dans les folies post-éclamptiques que dans les autres folies puerpérales.

Scanzoni (5) fait mention de 4 cas d'aliénation mentale après l'éclampsie, tous terminés par la guérison et Carl Braun (6), sur 60 cas d'éclampsie, a noté 5 fois de la manie consécutive. La statistique de Wieger (7) est aussi digne de remarque. Sur 140 cas d'éclampsie qu'il a réunis, cet auteur a trouvé la manie signalée 10 fois.

Sur 115 cas d'éclampsie observés à la division obstétricale de la Charité de Berlin, 5 fois survinrent des psychoses consécutives (8).

Les statistiques recueillies dans les asiles ne sont pas moins probantes et montrent que les psychoses survenant

(1) *Lehrb. d. Gebhurtsh., loc. cit.*

(2) *Quelques considérations sur la pathogénie de l'éclampsie et ses rapports avec la manie puerpérale.* Th. de Strasbourg, 1870.

(3) *Die Physiologie und Pathologie des Wochenbetts*, etc., Stuttg., 1890, p. 258.

(4) *In* Mueller's *Hdb. d. Gebh.*, III, p. 516.

(5) *Lehrb. d. Gebh.* 4 Aufl., Wien., 1867, II, 386.

(6) Chiari, Braun und Spaeth, *Klinik der Geburtshilfe*, etc. Erlangen, 1852-5, p. 255, sqq.

(7) Sur l'éclampsie urémique (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1854, nos 6-12).

(8) *Ueber Symptomatologie und Therapie der Eclampsia gravidarum, parturientium et puerperarum.* Seegen, th. de Berlin, 1890.

à la suite de l'éclampsie ne sont pas des raretés pathologiques. Macdonald (1) compte 2 cas de folie post-éclamptique sur 44 psychoses de la puerpéralité. Lübben (2) n'en a observé que 2 sur 181 psychoses puerpérales, mais il comprend dans ce dernier chiffre les folies de la lactation. Schwegel (3) a trouvé au contraire que l'éclampsie avait précédé la psychose 4 fois sur 70 femmes devenues folles pendant les suites de couches.

Olshausen (4), qui a publié un résumé complet de la question, a observé 11 cas de psychoses sur 200 cas consécutifs d'éclampsie. Réunissant cette statistique à celle des autres auteurs, il trouve que la folie survint 31 fois sur 515 éclampsies, c'est-à-dire dans 6 pour 100 des cas. La psychose revêt ordinairement la forme de la *confusion mentale hallucinatoire* (hallucinatorische Verwirrtheit), mais avec une apparition très précoce et une évolution très rapide.

La question des rapports de la folie avec l'infection puerpérale a passé, au point de vue historique, par trois phases distinctes. Dans une première période, les auteurs attribuent tous les accidents des suites de couches à la rétention des lochies ou du lait et c'est à cette rétention qu'ils rattachent la manie, ainsi que les phénomènes infectieux qui peuvent l'accompagner. Plus tard, ces théories vagues de la suppression lochiale ou laiteuse sont abandonnées et plusieurs médecins constatent nettement la

(1) Puerperal insanity (*Am. J. Insan.*, Utica, N.-Y., 1847-8, IV, 113).

(2) *Zur Statistik der Puerperal-psychosen*. Th. de Halle, 1872.

(3) Beitrag zu den Psychopathien im Verhæltniss zum weblichen Geschlechtsleben (*Wchnbl. d. K. K. Gesellsch. d. Aerzte in Wien*, 1855, I, 829).

(4) Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speciell den nach Eklampsie auftretenden (*Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynæk.*, Stuttg., 1891, XXI, 371).

coïncidence fréquente de la folie et de la septicémie puerpérale. Enfin, dans une troisième période, la question fait un pas de plus ; non seulement les auteurs mentionnent l'influence des phénomènes infectieux sur le développement de la folie, mais ils cherchent à se rendre compte, par l'étude minutieuse des observations, par des statistiques raisonnées, de l'importance du rôle joué par l'infection, du mode intime de son action dans la production des troubles mentaux.

Au premier groupe appartiennent Rodriguez de Castro et Puzos.

Rodriguez (1), en 1603, après avoir traité de la fièvre des nouvelles accouchées, fièvre qu'il attribue à la suppression des lochies et à leur transformation purulente, « formule une théorie de l'empoisonnement puerpéral que plus d'un auteur contemporain ne désavouerait pas (2) », et rattache à cet empoisonnement les convulsions, la manie et d'autres troubles qui surviennent pendant les suites de couches.

Dans son 3e *Mémoire sur les dépôts laiteux* (3), Puzos attribue la manie puerpérale au dépôt de lait sur le cerveau, la rangeant ainsi parmi les divers phénomènes infectieux du puerpérium, qui tous, d'après lui, reconnaissent pour cause les métastases laiteuses. Sa théorie est admise par Justus de Berger (4), Van Swieten (5), Levret (6) et la plupart des médecins de cette époque.

(1) *De universa muliebrium morborum medicina*, etc. Lib. V, cap. 2.
(2) Raymond, *De la puerpéralité*. Th. de concours, 1880.
(3) In *Traité des accouchements*. Paris, 1759, p. 387.
(4) *De puerperarum mania et melancholia*. Diss. Gœtting., 1745.
(5) *Commentaria*, etc. Aph. 1329.
(6) *Art des accouchements*, 3e éd., 1776, § 884, 161.

Avec Doublet (1), nous entrons dans la seconde période. Cet auteur a observé dans le cours de la fièvre puerpérale des accouchées qui « tantôt étaient plongées dans une stupeur profonde, tantôt étaient prises d'une sorte d'excitation et se livraient à de faux raisonnements ».

Un grand nombre d'auteurs confirment les observations de Doublet. C'est ainsi que Scipion Pinel (2) exprime son opinion de la manière suivante : « Rien n'est plus habituel qu'un délire après l'accouchement. Devons-nous dire que les troubles psychiques ne sont causés que par le lait remonté à la tête ?... L'étude anatomique et physiologique ne nous oblige-t-elle pas plutôt à admettre que la source de ces troubles mentaux survenus après l'accouchement réside dans les modifications morbides produites par l'accouchement dans les organes fortement lésés ? Est-ce que l'utérus, sa muqueuse, la muqueuse du vagin, le péritoine ne s'enflamment pas, produisant ainsi ces troubles, etc. ».

Burns (3) divise les manies puerpérales en cinq groupes. Un des groupes renferme les cas où l'état mental est en rapport avec une lésion de l'utérus, surtout avec la phlébite utérine.

Helm (4) alla plus loin encore en considérant d'une manière exclusive la manie puerpérale comme un symptôme de la phlébite, de l'oophorite et de la péritonite des suites de couches. N'admettant pas une opinion aussi absolue,

(1) *Remarques sur la fièvre puerpérale*, 1783 (Première monographie parue en France sur ce sujet). *Nouvelles recherches sur la fièvre puerpérale*, Paris, 1791, p. 284.

(2) *Recherches sur quelques points de l'aliénation mentale*. Th. Paris, 1819, p. 22.

(3) *Principles of midwifery*, Lond., 1811, cap. 9.

(4) *Monographie der Puerperalkrankheiten*. Zurich, 1840.

Kiwisch (1) distingue deux groupes de folies puerpérales : l'un, composé de folies dites idiopathiques ; l'autre, comprenant les folies symptomatiques, produites par l'altération du sang qu'on observe dans les maladies aiguës des nouvelles accouchées.

La même division est reproduite par Reid (2) qui décrit des délires tardifs idiopathiques et des délires précoces, survenant le quatrième ou le cinquième jour après l'accouchement, liés à l'existence de la fièvre puerpérale. Il ne les considère pas comme distincts du délire fébrile ou du délire typhique. Un certain nombre d'auteurs allemands, parmi lesquels nous citerons Berndt jun. (3), Leubuscher (4), Winckel (5), admettent une manière de voir à peu près analogue. En Italie, Porporati (6) se range aussi à leur opinion.

Dans son ouvrage sur la folie puerpérale, le plus important travail d'ensemble qui ait paru sur ce sujet, Marcé (7) accorde très peu d'importance aux accidents puerpéraux dans la production des troubles mentaux. Il les mentionne cependant, mais en ne leur attribuant pas une valeur plus grande qu'aux émotions morales vives, aux douleurs violentes, suivies d'un grand retentissement dans l'organisme, qui accompagnent la parturition.

(1) *Die Krankheiten der Wœchnerinnen*, Prag., 1840-41.

(2) *Loc. cit.*

(3) *Die Krankheiten der Wœchnerinnen*, Erlangen, 1846.

(4) Ueber Puerperalmanie (*Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtsh. in Berl.*, 1848, 94).

(5) *Pathologie des Wochenbettes*, 2. Aufl., 1869, p. 449, et *Lehrb. d. Gebh.*, 1889, p. 877.

(6) Note cliniche intorno alla frenosi puerperale (*Arch. ital. per le mal. nerv.*, 1878, XVI, 3, et 1879, XVI, 110).

(7) *Loc. cit.*, pp. 159 et 160.

Ripping (1) se montre également très réservé relativement à l'influence des complications pathologiques des suites de couches. « On ne peut certes pas leur refuser toute action », dit-il. Ces complications pathologiques ont été notées chez quelques-unes de ses malades. Il a surtout constaté la subinvolution utérine.

Cependant, la plupart des auteurs allemands insistent sur la relation entre les manifestations de l'infection et les troubles mentaux. C'est ainsi que Leidesdorf (2), à propos de deux observations de manie survenue chez des femmes en couches infectées, dit textuellement : « Si on examine avec soin l'évolution des symptômes dans ces deux cas, on est obligé de considérer les psychoses comme faisant partie des phénomènes de l'intoxication pyohémique ou septicémique. »

Fürstner (3) constate, lui aussi, que très souvent le début des psychoses concorde avec l'apparition du mouvement fébrile. Il les a vu survenir à l'occasion de mammites, de paramétrites et d'endométrites très légères, et, une fois, à la suite d'une parotidite.

Guido Weber (4) n'est pas moins affirmatif. Il reconnaît aux affections fébriles des suites de couches une importance prépondérante dans l'étiologie des folies.

(1) *Die Geistesstœrungen der Schwangeren, Wœchnerinnen und Sæugenden.* Stuttg., 1877, p. 39, § 12.

(2) Ueber die in der Schwangerschaft und im Puerperium auftretenden Psychosen (*Wien. med. Wochenschr.*, 1872, XXII, 629 ; 653).

(3) Ueber Schwangerschafts-und Puerperalpsychosen (*Archiv. f. Psych.*, Berl., 1875, V, 505).

(4) Ueber Schwangerschafts-und Puerperalpsychosen (*Jahresb. d. Gesellsch. f. Nat.-u. Heilk. zu Dresd.*, 1875-6, 131).

Arndt (1) fait jouer un rôle capital à ce qu'il appelle la diathèse psychopathique, dans le développement des psychoses du puerpérium. Cependant, il ne méconnaît pas l'influence des phénomènes infectieux, comme le prouve la citation suivante : « Ordinairement, le processus septicémique aboutit à la mort et les troubles mentaux, qui n'ont ainsi existé qu'un temps très court, ne sont pas toujours reconnus par les médecins comme des psychoses. Ce sont pour eux des délires fébriles, des délires d'inanition ; les folies seraient tout autre chose. Mais quoi, ils ne le disent pas ».

Griesinger (2), résumant les opinions émises jusqu'alors sur les psychoses puerpérales, mentionne leurs rapports avec les maladies graves des suites de couches, surtout avec l'endométrite, la phlébite et l'endocardite. Dans ces cas, l'affection cérébrale doit être en partie attribuée à l'influence nuisible du sang infecté par le pus, en partie à la congestion encéphalique. Le trouble psychique participe du pronostic de la maladie principale ; il la suit pas à pas, se terminant ordinairement avec elle ; pourtant, dans quelques cas, il peut continuer plus ou moins longtemps après la guérison de la fièvre puerpérale.

Donald Fraser (3) rapporte trois observations de délire violent survenu dans le cours de la septicémie puerpérale. Il ajoute que dans les maternités on soigne assez souvent des psychoses nées dans les mêmes conditions.

(1) Ueber Puerperalpsychosen (*Beitr. z. Geburtsh. u. Gynækol.*, Berl., 1874, III, 183).

(2) *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, 3. Aufl., 1871.

(3) A case of puerperal mania, with remarks (*Glasgow M. J.*, 1885, 4. s., XXIV, 369).

La troisième période, la période moderne, où les rapports de l'infection et de la folie puerpérale sont véritablement approfondis, commence avec Holm (1) qui, le premier, réunit les éléments d'une statistique raisonnée pour démontrer le rôle considérable que joue l'infection dans la genèse des troubles intellectuels.

Déjà, il est vrai, une tentative de statistique avait été faite par F. Weber (2) qui, sur 46 cas observés à Saint-Pétersbourg, avait trouvé 5 fois de l'endométrite, 2 fois de la paramétrite et une fois de la mammite. Mais il était resté sur la réserve relativement à l'influence que ces états peuvent avoir dans la production des psychoses. Au contraire, Holm insiste sur la part prépondérante qu'il faut accorder aux manifestations septicémiques dans l'étiologie de la folie puerpérale, en raison de leur fréquence.

Dans 13 des 58 cas rassemblés par cet auteur, les suites de couches furent marquées par des phénomènes infectieux graves, et, en outre, plusieurs fois, il y eut des symptômes d'infection moins sérieux, tels que de légères douleurs au bas-ventre, accompagnées d'un mouvement fébrile.

Campbell Clark (3) a aussi apporté une statistique de faits minutieusement observés, et, parmi les différentes causes qui peuvent provoquer l'explosion de la folie chez une accouchée prédisposée, il n'en est pas qu'il ait trouvé plus fréquemment que l'infection. Sur les 40 observations

(1) Om puerperalafsindighed (*Hosp.-Tid.*, Kjobenh , 1874, 2. R., I, 229 ; 245 ; 262 ; 273).

(2) Ueber Mania puerperalis (*Allg. med. Centr.-Ztg.*, Berl., 1870, XXXIX, 1037 ; 1049)

(3) Etiology, pathology and treatment of puerperal insanity (*J. Ment. Sc.*, Lond., 1887-8, XXXIII, 169 ; 372; 487) ; analysé par Parant (*Ann. méd.-psych.*, Par., 1888, 7e s., VIII, 62).

qu'il a recueillies, le trouble mental put être attribué 20 fois à la résorption septique : 8 fois il y eut de la septicémie caractérisée, 12 fois, des inflammations de l'utérus ou des annexes.

Mais ce fut surtout Hansen (1) qui insista sur les rapports de l'infection et de la folie puerpérale. Sur 49 cas de psychoses observées soit à la Maternité, soit à l'Asile d'aliénés de Copenhague, il put établir 42 fois l'existence de phénomènes infectieux plus ou moins graves, plus ou moins prolongés. Les troubles mentaux, qui surviennent dans ces conditions, ne sont pas imputables à la fièvre, mais uniquement à l'infection, car ils peuvent apparaître avant l'établissement, après la cessation ou pendant une rémission du mouvement fébrile. Si, souvent, fièvre et folie marchent de pair, c'est que toutes les deux suivent pas à pas, mais indépendamment l'une de l'autre, l'infection dans son évolution. Ces *psychoses d'infection* revêtent d'ailleurs une forme particulière, toujours la même. Sur les 42 cas réunis par lui, Hansen observa 40 fois le type de délire récemment décrit par plusieurs auteurs allemands sous divers noms, entre lesquels il adopte le terme de *confusion mentale hallucinatoire aiguë* (acute hallucinatorische Verwirrtheit). Dans les deux autres cas, les renseignements étaient insuffisants pour déterminer le type du délire, cependant il est fort probable qu'il avait aussi une origine hallucinatoire.

Dans l'année même où parut l'important mémoire de

(1) Ueber das Werhæltniss zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynæk.*, Stuttg., 1888, XV, 60).

Hansen, Ernst Meyer (1) étudia dans sa thèse inaugurale les psychoses puerpérales fébriles. Sur 28 cas relevés à la Clinique psychiatrique de Strasbourg, 7 ont trait à des femmes très certainement infectées ; dans 5 autres, l'infection est moins nette, quoique probable. L'auteur ne rattache pas directement l'apparition de la folie chez ses malades à la résorption septique, mais il l'explique par la fièvre. Pour lui, ces psychoses sont purement fébriles et l'infection n'agit qu'en tant qu'elle produit de l'élévation de température.

De son côté, G. H. Savage, dans une communication à la *Medical Society of London* (2), fait ressortir l'influence des complications septiques des suites de couches sur l'établissement de la folie puerpérale. Lorsque celle-ci reconnaît pour cause la septicémie, elle prend la forme d'un délire aigu assez analogue au *delirium tremens*. Savage a aussi observé la folie consécutivement à l'éclampsie. Dans la discussion à laquelle cette communication a donné lieu, le Dr Barnes admet les vues de Savage. Pour lui, la folie de la grossesse est en général en relation avec l'albuminurie et celle des suites de couches avec les accidents septiques.

Kramer (3), en 1889, publia 9 cas de folie puerpérale observés à la Clinique psychiatrique de Prague. Son travail est absolument confirmatif de celui de Hansen. L'infection exista chez les neuf malades et chez toutes, le type du délire fut celui de la « *confusion mentale hallucinatoire* ».

(1) *Ueber puerperale Fieberpsychosen* (In.-Diss., Strasbourg, 1888).
(2) Puerperal insanity of septic origin (*Lancet*, Lond., 1888, II, 1129).
(3) Zur Lehre von den Puerperalpsychosen (*Prag. med. Wochenschr.*, 1889, XIV, 523 ; 535).

Zweifel (1) reconnaît aussi que de vraies psychoses accompagnent ou suivent fréquemment les accidents puerpéraux. Kehrer (2), Olshausen et Veit (3) tiennent de même un grand compte de la liaison de la folie avec les maladies puerpérales fébriles.

Le Dr Hirst (4), de Philadelphie, à propos d'une observation qu'il rapporte, constate également la coïncidence fréquente de la folie avec l'infection et admet la relation intime de cause à effet entre ces deux états.

Mais c'est surtout Lloyd (5) qui, en Amérique, fait ressortir l'importance des processus infectieux dans l'étiologie de certaines folies, en particulier de la folie puerpérale. « Avec l'accroissement de nos connaissances des désordres septiques des suites de couches, dit-il, nous entendrons probablement parler davantage dans les temps à venir de septicémie comme cause de folie dans le puerpérium ». Les psychoses qui reconnaissent pour origine des infections prennent une forme que Lloyd nomme délire aigu et qui est assez analogue au type décrit par Hansen.

En France, les différents auteurs qui ont écrit sur la folie puerpérale ont généralement accordé la plus grande part aux émotions, à l'ébranlement du système nerveux par un accouchement laborieux et prolongé, à toutes les secousses morales qui peuvent se produire à ce moment et qui modifient profondément l'état psychique de la femme.

(1) *Lehrb. d. Geburtsh.*, 2. Aufl., 1889, 530.

(2) In Mueller, *Hdb. der Geburtsh.*, 1889, III, 512.

(3) 11e édit. du *Lehrb. d. Geburtsh.* de Schrœder, Bonn, 1891.

(4) Transactions of obstetrical society of Philadelphia (*Am. J. Obst.*, N.-Y., 1889, XXII, 176).

(5) Acute delirium : probably an infectious process (*Med. News*, Phila., 1891, LVIII, 122).

Cependant, nous devons dire que la plupart des accoucheurs qui ont bien voulu nous donner leurs conseils admettent la relation entre l'infection et la folie des nouvelles accouchées. Ils connaissent presque tous des faits probants à cet égard. Notre maître, M. Bar, dans une leçon inédite, faite dans son service de l'hôpital St-Louis en 1891, a insisté particulièrement sur cette relation et a montré, en produisant la statistique des faits à lui connus, quelle importance étiologique dans la genèse des folies puerpérales on devait reconnaître à l'infection ainsi qu'à l'éclampsie.

Le seul auteur français qui ait publié un travail confirmant cette opinion généralement admise est le Dr Edmond Faure (1). Sur les 13 observations qu'il a recueillies à l'asile de Bron, 6 fois il a pu constater des phénomènes infectieux plus ou moins importants. Dans un cas, il a pu recueillir du sang de la malade et du pus pris sur le col utérin. L'examen bactériologique et les ensemencements, pratiqués par M. Courmont, ont donné les résultats suivants : culture pure de streptocoques avec la pipette chargée de sang, cultures mixtes (2) de streptocoques et de staphylocoques pyogènes avec les pipettes chargées de pus. Les streptocoques inoculés dans le derme auriculaire de lapins ont provoqué de l'érysipèle.

Tel est, exposé aussi fidèlement que possible, l'historique des rapports de la folie puerpérale et de l'infection. Entrons maintenant dans l'étude même de la question qui fait le sujet de cette dissertation.

(1) *Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées.* Th. de Lyon, 1890.

(2) Soit que l'infection ait été réellement mixte, soit que les pipettes aient été souillées (J. Courmont).

CHAPITRE II

Relations de la folie puerpérale avec l'éclampsie.

Après l'historique que nous venons de faire, nous croyons superflu de démontrer l'existence des psychoses éclamptiques. La plupart des auteurs qui ont écrit sur la folie puerpérale les ont signalées. Des observations isolées, décisives à cet égard, ont été publiées en grand nombre et nous avons vu par les statistiques rapportées ci-dessus qu'il y a autre chose qu'une pure coïncidence entre le trouble mental et l'état éclamptique. Cependant certains médecins ont cherché ailleurs que dans l'éclampsie elle-même l'explication de ces folies.

Sélade (1), à la suite de son observation, avait émis la pensée que la manie devait être attribuée aux fortes déplétions sanguines pratiquées chez une femme dont le système nerveux était déjà dans un état violent d'éréthisme et d'exaltation ; mais cette opinion ne peut se soutenir, car beaucoup d'éclamptiques sont devenues maniaques, sans jamais avoir été traitées par la saignée. Marcé (2) est porté à croire qu'il y a dans ces cas « une véritable perversion de l'action nerveuse qui, après avoir amené des désordres du côté des mouvements, finit par provoquer l'explosion des troubles intellectuels, ainsi qu'on l'observe dans l'hys-

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*, 177.

térie, dans l'épilepsie, alors que ce délire succède souvent aux mouvements convulsifs ». D'après cette phrase, il semble que Marcé attribue à la même cause les convulsions et la folie. Nous partageons son opinion ; seulement, aujourd'hui, nous voyons dans cette cause autre chose qu'une « perversion de l'action nerveuse », c'est l'intoxication éclamptique. Les explications de Sélade et de Marcé, qui pouvaient sembler plausibles au moment où ils écrivaient, sont insuffisantes à l'heure actuelle.

D'autres auteurs ont pensé qu'il y avait relation prochaine, non pas entre l'éclampsie et la folie, mais entre celle-ci et l'albuminurie de la grossesse. Donkin (1) rapporte un cas d'albuminurie avec anasarque dans lequel il pronostiqua l'éclampsie ; celle-ci ne survint pas, mais à sa place apparut une psychose. James Young Simpson (2) a observé 4 cas d'albuminurie de la grossesse, dans lesquels une psychose survint ; dans un des cas seulement, il y eut de l'éclampsie. Spiegelberg (3), Winckel (4), Zweifel (5), Barker (6) admettent aussi le rapport entre l'albuminurie gravidique et la folie puerpérale.

Nous ne contestons pas la réalité de ce rapport, mais parmi les faits qui ont permis de l'établir, nous devons éliminer les albuminuries liées à une véritable maladie de Bright ; la folie qui survient dans ces cas n'est pas à proprement parler la folie puerpérale, mais bien la folie brightique. Peut-être aussi toutes les éclamptiques n'ont-elles pas né-

(1) On the pathological relation between albuminuria and puerperal mania (*Edinb. m. J.*, 1863, VIII, 994).

(2) *Select. obst. Works*, 1871, p. 591.

(3) (4) (5) *Loc. cit.*

(6) Puerperal mania (*N.-York. m. J.*, 1872, XVI, 449).

cessairement des attaques et doit-on admettre une éclampsie délirante, à côté de l'éclampsie convulsive ou mixte, comme il y a une urémie délirante et des urémies convulsives, comateuses et mixtes (1).

Du reste, ce qui démontre bien que la folie ne résulte pas directement de l'albuminurie, c'est que celle-ci est loin d'être toujours très intense dans les cas qui aboutissent à des psychoses. Sur 10 observations de folie après l'éclampsie, Olshausen a noté que dans un cas la teneur de l'urine en albumine était faible et que, dans deux autres, on ne put en déceler que des traces. Il y a plus : des folies peuvent survenir dans certains cas d'éclampsie qui ne s'accompagnent pas d'albuminurie. Une observation de Trousseau (2), une autre de Fritz (3) sont absolument démonstratives à cet égard. Jamais l'analyse, à quelque époque de la maladie qu'elle ait été pratiquée, n'a pu révéler même des traces d'albumine dans l'urine. Ici, il est impossible d'incriminer une complication quelconque de l'état puerpéral autre que l'éclampsie.

Mais si l'éclampsie, et l'éclampsie à elle seule, comme Fritz l'avait déjà vu, suffit pour déterminer l'apparition de la folie, quels sont les rapports intimes qui l'unissent aux troubles intellectuels ?

Tout d'abord nous ferons remarquer que l'éclampsie, à quelque époque de la puerpéralité, grossesse, accouche-

(1) Notre observation XV est très intéressante à ce point de vue. Elle montre, fait déjà bien connu dans l'épilepsie, que le délire peut remplacer les attaques convulsives de l'éclampsie.

(2) *Clin. méd.*, 2e édit., 1865, II, 158.

(3) *Loc. cit.*, p. 2 Une observation analogue publiée par Léonard (*France méd.*, Par., 1886, II, 1770) et que nous résumons (obs. VI), serait douteuse, nous a dit M. Bar, qui a vu la malade.

ment, suites de couches, qu'elle survienne, est susceptible de déterminer l'explosion d'une psychose. Nos observations IV, VII, XII démontrent que les accidents peuvent se manifester après l'éclampsie de la grossesse. Dans ce cas, le délire peut guérir après quelque temps (obs. XII), mais il peut aussi, malgré la cessation des attaques, ne disparaître qu'après l'accouchement (obs. IV et VII). Chez toutes les autres malades dont nous rapportons l'histoire, les convulsions apparurent pendant le travail ou à une période très voisine.

Parmi les éclampsies du post-partum qui ont provoqué des psychoses, les plus tardives que nous ayons trouvées dans la littérature ont été notées dans deux observations de Leubuscher (1). Dans l'une, les attaques se produisirent huit jours après l'accouchement et cessèrent au bout de deux jours. Alors se développa une psychose qui durait encore lorsque la malade mourut, trois mois après, de dysenterie. Dans l'autre, les convulsions survinrent six jours après l'accouchement. Elles furent immédiatement suivies d'un délire furieux qui se calma au bout de deux jours. Une semaine après, de nouvelles convulsions apparurent, suivies du même délire. Vingt-deux jours après l'accouchement, la mort survint, déterminée par le rapide épuisement des forces.

Il serait inexact de croire que les troubles psychiques apparaissent surtout après les éclampsies les plus graves. Sur les 11 cas rapportés par Olshausen, cinq fois les malades eurent de 3 à 7 attaques seulement. Dans les autres cas, l'éclampsie fut d'une gravité moyenne. Le nombre des

(1) *Loc. cit.*, pp. 99 et 106.

attaques est compris entre six et dix dans la moitié des observations que nous avons réunies. Dans le cas d'Arch. Hall (1), la folie survint après la première attaque d'éclampsie.

Puisque le nombre et l'intensité des convulsions n'ont aucune action sur la production des psychoses, on pourrait se demander si l'éclampsie offre quelques caractères particuliers quand elle doit être suivie d'un trouble mental. Olshausen, dans plusieurs de ses cas, a constaté que l'apparition des désordres psychiques avait été précédée d'un coma d'une durée inaccoutumée ; mais il est loin d'en être toujours ainsi. Cette particularité n'a été notée que dans notre observation VIII. L'étude de nos autres cas ne nous autorise nullement à dire que les caractères de l'éclampsie ou son évolution ont eu quelque chose de spécial. D'ailleurs, il est bien évident qu'il faut faire intervenir ici la prédisposition personnelle ou héréditaire. Ce n'est peut-être pas parce que l'éclampsie offre une anomalie quelconque, mais parce qu'elle survient chez des individus préparés à la folie qu'elle provoque l'explosion de celle-ci.

Les observations montrent que l'apparition des psychoses liées à l'éclampsie est très précoce. En général, leur début survient peu de temps après la cessation des attaques ; quelquefois même le délire se manifeste avant leur terminaison ou dès qu'elles se sont arrêtées, de sorte que la malade passe du coma éclamptique à l'état de folie sans avoir eu la moindre lueur de lucidité. Sur 12 de nos cas, où l'intervalle entre les convulsions et le délire a été noté, 3 fois (obs. III, VIII et XII) le trouble psychique apparut

(1) *Tr. Lond. Obst. Soc.*, 1863, IV, 222.

immédiatement après la cessation des convulsions éclamptiques ou du coma qui leur avait succédé ; 2 fois, l'intervalle a été d'un jour (obs. X et XIII) ; 5 fois de 2 jours (obs. II, VI, VII, IX et XI) ; une fois de 3 (obs. IV) et une fois de 4 jours (obs. V). L'apparition la plus tardive que nous ayons trouvée chez les auteurs est rapportée par Grenser (1) : la psychose survint 8 jours après la cessation des attaques. L'éclampsie étant surtout fréquente au moment du travail, les psychoses consécutives commencent en général le 2e ou le 3 jour des suites de couches. Un début aussi précoce est rare pour les folies nées sous l'influence d'autres causes.

Outre cette précocité du début, les psychoses qui suivent les attaques d'éclampsie ont encore une particularité, c'est leur évolution rapide. Une seule fois (obs. XIV), la durée de la maladie a nécessité le transfert dans un asile : une autre fois (obs. I), le trouble mental n'a guéri qu'au bout de deux mois. Chez toutes les autres malades, il n'a duré que quelques jours. Tous nos cas se sont terminés favorablement.

La fréquence de la folie puerpérale après l'éclampsie est assez considérable. Olshausen, réunissant à la sienne toutes les statistiques antérieures, a trouvé que sur un total de 515 éclampsies, on avait constaté 31 fois, c'est-à-dire 6 fois sur 100, des troubles psychiques. Nos matériaux, moins nombreux, nous donnent la proportion de 5 0/0 (exactement 5 sur 98). Relativement au nombre total des folies puerpérales, le rapport est plus difficile à établir. Les statistiques de Schwegel (2) et de Macdonald (3), recueillies

(1) *Monatsch. f. Gebk.*, XV, 40.
(2) *Loc. cit.*, p. 829.
(3) *Loc. cit.*, p. 256.

dans des asiles d'aliénés, donnent le chiffre de 6 psychoses éclamptiques sur 114 femmes devenues folles pendant la puerpéralité. Mais la guérison étant le plus souvent très prompte, ce n'est que la minorité des malades qui entrent dans les maisons d'aliénés ; par suite les auteurs que nous venons de citer n'ont pu observer qu'un petit nombre de folies éclamptiques. Si nous réunissons d'autre part tous les cas de psychoses puerpérales observées par MM. Bar, Porak et Doléris, et que ces maîtres ont bien voulu nous confier, nous trouvons que, sur 17 cas, 5 (30 0/0) ont été consécutifs à des attaques d'éclampsie. Mais cette statistique pèche par excès, comme la précédente péchait par défaut. En effet, si, en raison de leur précocité habituelle, les psychoses éclamptiques sont presque toutes observées par les accoucheurs, un certain nombre de folies puerpérales, attribuables à d'autres causes, ne peuvent être comprises dans les statistiques des Maternités, parce qu'elles ne se développent que plusieurs semaines après l'accouchement, alors que les malades ont quitté l'hôpital.

CHAPITRE III

Relations de la folie puerpérale avec l'infection.

On a vu, en lisant les considérations historiques que nous avons présentées, avec quelle fréquence inaccoutumée l'infection sévit sur les femmes atteintes de folie puerpérale. Si nous n'avions cité que des statistiques antérieures à la période actuelle, on aurait pu nous objecter que l'infection étant très commune dans les maternités, les femmes en couches, folles ou non, lui payaient leur tribut, et il aurait fallu prouver que les phénomènes septiques étaient beaucoup plus fréquents chez les accouchées folles que chez les autres pour rendre vraisemblable leur rôle dans la production des psychoses. Mais aujourd'hui que la méthode antiseptique a permis d'obtenir dans l'immense majorité des cas des suites de couches absolument régulières, cette preuve n'est pas difficile à faire. Quand nous aurons rappelé la statistique récente de Hansen qui, sur 49 cas, a pu trouver 42 fois des symptômes d'infection, quand nous aurons ajouté que dans *toutes* les observations de notre maître M. Bar, où les psychoses ne se montrèrent pas après l'éclampsie, il a existé des signes évidents d'infection, et qu'il en est absolument de même dans les observations qu'a bien voulu nous confier M. Porak, nous croyons qu'il sera impossible de dénier à l'infection un rôle important

dans l'étiologie de la folie des nouvelles accouchées (1).

Dans les observations inédites que nous publions, toutes recueillies dans des maternités, les symptômes infectieux ont été manifestement constatés. Mais il arrive quelquefois dans les observations rapportées par les auteurs, surtout dans celles qui ont été prises dans les asiles d'aliénés, que l'on signale seulement l'existence de la fièvre comme symptôme accompagnant la psychose. On pourrait alors se demander si cette fièvre est la conséquence d'une infection ou si elle résulte de la violente agitation et de l'excitation psychique des malades. La plupart des aliénistes sont d'accord sur ce point que l'agitation la plus désordonnée ne peut produire une élévation de température. Dans la manie, même sous sa forme la plus aiguë, on constaterait plutôt un abaissement qu'une élévation de température, quand les recherches thermométriques sont possibles et qu'il n'existe pas d'affection concomitante pouvant déterminer de la fièvre (2). Celle-ci ne serait constatée que dans l'ex-

(1) Une preuve évidente du rôle de l'infection dans la production des psychoses puerpérales serait tirée de la diminution du nombre de ces folies depuis la période antiseptique. M. Bar et plusieurs autres accoucheurs nous ont dit avoir remarqué cette diminution. Le Dr Faure, dans sa thèse, a trouvé, en établissant une statistique des aliénées entrées en 1888, 1889 et 1890 à l'asile de Bron, une moyenne de 1/46e de folies puerpérales (*loc. cit.*, p. 21). Marcé (*loc. cit.*, p. 27) donne la proportion de 1/12e. Mais la diminution peut n'être qu'apparente, parce qu'aujourd'hui les aliénistes n'admettent plus la folie puerpérale comme type morbide spécial et que les certificats ne portent plus ce diagnostic. C'est la raison qui nous a empêché de réunir les éléments d'une statistique que nous avions l'intention d'établir avec des matériaux recueillis à la Salpêtrière et à Ste-Anne. Les registres de la Maternité que nous avions aussi pensé à consulter ne renferment aucun renseignement à ce sujet. Nous ne remercions pas moins Mme Henry, sage-femme en chef, de la bonne grâce avec laquelle elle a mis cette collection précieuse à notre disposition

(2) Ball, *Leçons sur les maladies mentales*, 2e édit., 1890, p. 275. — Mendel, *Die Manie*, 1881, p. 134.

citation du stade de début de la paralysie générale et dans le délire aigu. Or la première affection a des symptômes spéciaux. Quant au délire aigu, qu'on peut rencontrer à la suite de l'infection puerpérale, nous verrons plus loin que Briand et Lloyd le considèrent comme un processus infectieux. Leurs vues sont confirmées par un auteur italien et par Curschmann (1) qui ont trouvé des microbes dans les centres nerveux de malades morts de délire aigu. On peut donc dire que toute fièvre accompagnant une psychose, élimination faite de la paralysie générale, révèle ordinairement une maladie étrangère à l'état mental, maladie certainement infectieuse quand il s'agit d'une femme en état de puerpéralité.

Une objection que nous devons maintenant envisager, c'est que dans les cas où l'infection peut être mise en cause, il s'agirait, non pas de psychoses véritables, de ce qu'on a l'habitude d'appeler manie puerpérale, mais de délire fébrile, ou, si l'on veut, de fièvre puerpérale avec délire violent et prolongé. Il faut convenir que, d'après les auteurs, il est bien difficile de faire la distinction entre les deux affections. Marcé (2) reconnaît qu'entre ce délire symptomatique des maladies fébriles et la manie des nouvelles accouchées, la séparation est impossible. Ni les caractères du délire, ni sa durée ne permettent de tracer une ligne de démarcation quelconque. Moreau, de Tours, est du même avis (3). Krafft-Ebing (4), lui aussi, reconnaît qu'il existe une transition entre le délire lié à la fièvre et celui de la folie.

(1) Cités par Hansen, sans plus de précision, *loc. cit.*, p. 113.
(2) *Loc. cit.*, pp. 193 et 194.
(3) *De la folie au point de vue pathologique et anatomo-pathologique*, 1855.
(4) *Lehrb. der Psych.*, 3e édit., 1888.

Pour Ladame (1), la distinction entre ces deux états est purement artificielle. En réalité, on ne peut séparer les délires fébriles des folies véritables que parce qu'il y a, dans les premiers, de la fièvre concurremment avec le trouble mental. « Trouve-t-on un délire passager chez une accouchée qui, à ce moment, a une température de 40°, on l'appelle délire fébrile ; un trouble psychique tout à fait semblable, survenant dans des suites de couches apyrétiques, sera nommé folie transitoire » (2).

De plus, il s'en faut que la manie puerpérale, même accompagnée de symptômes d'infection, suive pas à pas la fièvre. Comme l'a très bien montré Hansen (3), au point de vue du moment d'apparition des psychoses, on peut distinguer trois groupes : des psychoses fébriles, qui apparaissent soit en même temps que la fièvre, soit dans le cours de celle-ci ; des psychoses du stade prodromique, qui apparaissent avant la fièvre, pendant l'incubation même de l'infection et des psychoses post-fébriles, qui surviennent lorsque la température est redevenue normale. Il est absolument impossible de trouver, soit dans les symptômes, soit dans la marche, quelque caractère qui distingue les psychoses du stade fébrile de celles des deux autres stades. Est-il donc permis néanmoins de dire que les premières sont dues à la fièvre, les secondes seules reconnaissant l'infection pour cause ?

Même parmi les psychoses qui surviennent avec ou pendant la fièvre, il en est où la température et le délire affec-

(1) Des psychoses après l'influenza (*Ann. méd.-psych.*, 1890, 7e s., XII, 21).
(2) Hansen, *loc. cit.*, p. 102.
(3) *Loc. cit.*, p. 90, sqq. et p. 102.

tent une certaine indépendance. Quelques-unes débutent en même temps qu'une fièvre élevée et persistent lorsque la température a baissé ; d'autres cessent après un temps plus ou moins court, alors que la température se maintient élevée ou même s'accroît encore. Plusieurs de nos observations sont des exemples probants de ces deux sortes d'évolution. Il est vrai qu'il y a des cas où délire et fièvre se suivent pas à pas, mais dans ces cas même, il n'y a peut-être pas relation causale entre les deux symptômes. En effet, les antipyrétiques, qui font baisser si rapidement la température, ne modifient pas les symptômes psychiques (1).

On se rapproche donc sans doute davantage de la réalité, en admettant que la folie puerpérale, accompagnée de phénomènes infectieux, relève, non pas de la fièvre, mais de l'infection en elle-même. Si la plupart du temps, les deux symptômes, fièvre et délire, marchent de pair, c'est que tous les deux, bien qu'indépendants l'un de l'autre, se rattachent directement à la même cause. La fièvre est le symptôme le plus étroitement lié aux accidents septiques ; c'est elle qui souvent les révèle, qui en montre les progrès ou la décroissance ; un symptôme quelconque, comme le délire, lié aussi aux manifestations infectieuses, sera donc le plus souvent accompagné par la fièvre, sans qu'on ait le droit de dire qu'il soit causé par elle. Du reste, l'infection même sans fièvre est suffisante pour produire des troubles psychiques. Hansen (2) en rapporte un exemple. Les troupes allemandes furent atteintes sous les murs de Paris, en 1871, d'une violente épidémie de fièvre typhoïde : la mala-

(1) Unverricht, Glæser, cités par Hansen, *loc. cit.*, p. 103.
(2) *Loc. cit.*, p. 104.

die évoluait avec une élévation de température insignifiante, souvent même nulle, et s'accompagnait pourtant de symptômes délirants intenses. Maurice Raynaud (1) a publié deux cas de délire systématisé presque sans fièvre ; à l'autopsie, on reconnut l'existence de la fièvre typhoïde.

Ce n'est donc pas au mouvement fébrile que nous sommes conduits à attribuer l'apparition des psychoses consécutivement à la septicémie puerpérale, mais bien à l'infection elle-même. L'influence de celle-ci démontrée, essayons de déterminer les caractères de son union avec les troubles mentaux.

Si on recherche tout d'abord les rapports qui peuvent exister entre l'intensité et la durée des symptômes somatiques et celles des symptômes psychiques, on arrive aux mêmes résultats qu'en ce qui concerne les relations entre la gravité des convulsions et celle des psychoses éclamptiques ; c'est-à-dire que ces rapports paraissent nuls. Il est des cas où le trouble mental, très grave, dure un ou plusieurs mois, alors que les symptômes d'infection qui l'ont déterminé sont légers et paraissent cesser au bout de quelques jours (obs. XXXII, XXXIV, XL, XLI, XLII, XLVIII) ; d'autre part, quelques femmes présentent des symptômes psychiques peu intenses, pendant un temps très court, tandis que de graves manifestations septiques continuent à évoluer longtemps après la terminaison de la psychose (obs. XXV, XXIX, LI, LIII). Quand l'infection aboutit à la mort, celle-ci survient en général à une époque si précoce, qu'il est impossible de savoir quelle aurait été la gravité de la psychose si elle avait pu continuer son évolution.

(1) Formes du délire de la fièvre typhoïde (*Gaz. hebd.*, 1877, p. 686).

On peut se demander si une forme particulière ou une localisation spéciale de l'infection puerpérale ne prédisposerait pas surtout aux psychoses (1). Sur ce point Hansen déclare (2) qu'il lui est impossible de se prononcer d'après ses matériaux. Il fait seulement remarquer que 6 fois, sur les 7 autopsies qu'il rapporte, on trouva de l'endométrite. Deux fois il y eut de la péritonite généralisée ; deux fois de la phlébite utérine et une fois de l'endocardite.

On ne peut nier que l'infection par la voie lymphatique, les lymphangites, les phlegmons, la péritonite, ne produisent dans certains cas les psychoses ; outre les cas de Hansen que nous venons de citer, nous en rapportons quelques-uns et on en trouve d'autres dans divers auteurs. Bien qu'assez souvent cette infection par la voie lymphatique puisse s'accompagner d'infection par la voie sanguine, il n'est pas douteux qu'elle puisse à elle seule donner naissance à la folie ; toutefois, la clinique montre que celle-ci apparaît surtout à la suite de l'infection d'origine veineuse, phlébites, endocardites septiques, pyohémie.

Un certain nombre d'auteurs ont déjà fait cette remarque. Nous avons cité, dans l'exposé historique, Burns qui, dès 1811, caractérisait un des groupes qu'il avait formés dans les folies puerpérales par l'existence de la phlébite

(1) L'existence de cette forme et de cette localisation spéciales de l'infection est probablement la cause de la disproportion que nous venons de signaler entre l'intensité des phénomènes septiques et celle de la maladie mentale. On ne saurait donc conclure de cette disproportion que le rôle de l'infection n'est pas prépondérant dans la production des troubles psychiques, mais simplement qu'une infection souvent légère, de forme ou de localisation déterminées, produit plus aisément une psychose qu'une infection, même très grave, de forme et de localisation contraires.

(2) *Loc. cit.*, p. 77.

utérine. Helm (1), nous l'avons vu, introduit la manie des nouvelles accouchées dans le chapitre des inflammations des veines de l'utérus. Leubuscher (2) dit textuellement : « Les processus puerpéraux qui favorisent surtout l'explosion du délire, délire qui peut s'élever jusqu'à la fureur, sont l'endométrite et la dissolution du sang particulière à la phlébite. Parmi les cas publiés que j'ai lus, je n'en ai trouvé aucun produit seulement par une péritonite ».

Kiwisch (3) a vu quatre fois des psychoses puerpérales s'accompagner d'endocardite septique. Il rapporte en détail (4) un cas de manie dans lequel l'infection pyohémique amena la mort le septième jour des suites de couches. A l'autopsie, on trouve de l'endocardite, de l'endométrite, des suppurations métastatiques dans les muscles, les articulations et le tissu cellulaire ; il n'y avait pas trace de péritonite.

Griesinger (5) mentionne aussi la phlébite comme exposant particulièrement à la folie. Leidesdorf (6) ne rapporte que deux cas de psychose puerpérale avec symptômes d'infection. Dans les deux cas, il s'agissait manifestement de pyohémie ; une endocardite survint dans l'un d'eux. Westphal (7) a publié un cas de psychose accompagnant une endocardite ulcéreuse puerpérale. Enfin le travail d'Olshausen (8) contient un cas analogue.

(1) *Loc. cit.*, p. 53.
(2) *Loc. cit.*, p. 99.
(3) *Loc. cit.*, II, p. 245.
(4) *Eod. loc.*, p. 328.
(5) et (6) *Loc. cit.*
(7) Endocarditis ulcerosa im Puerperium, unter dem Schein von Puerperalmanie auftretend (*Virchow's Arch.*, 1861, XX, 542).
(8) *Loc. cit.*, p. 375.

M. Bar accorde aussi une influence plus grande à l'infection sanguine dans la genèse de la folie puerpérale. M. Doléris nous a dit partager cette opinion. Pour éclaircir ce point, nous avons réuni 29 cas, pris parmi nos observations et celles des auteurs, où la nature des phénomènes infectieux a été notée. Dix-neuf fois (soit dans les 2/3 des cas), on a constaté pendant la vie ou à l'autopsie de la phlébite ou de la pyohémie, dix fois seulement la mort survint par péritonite.

Le début des psychoses consécutives à l'infection est extrêmement variable, nous l'avons dit. Elles peuvent apparaître avant les premiers signes de la septicémie, pendant l'incubation de celle-ci (obs. XXXII). Sans révoquer en doute l'existence de tels cas, nous pensons qu'ils sont souvent sujets à caution. Il est fort possible, quand l'accouchement n'a pas eu lieu dans une maternité, où la malade est constamment surveillée, que des symptômes légers d'infection, restés méconnus, aient précédé le trouble mental et soient devenus plus sérieux dans la suite. D'autres psychoses (une fois sur dix, d'après Hansen) naissent lorsque toute infection a disparu, soit définitivement, soit pour reparaître plus tard. Nous n'avons observé aucune psychose de ce genre. Les symptômes psychiques peuvent encore se manifester en même temps ou presqu'en même temps que les symptômes somatiques. Ce fait s'est produit nettement dans nos observations XVIII, XIX, XXIX, XXX, XXXVII, XLVIII et LI. Mais le plus souvent (dans 57 pour 100 des cas de Hansen, dans les 3/4 des nôtres), les troubles mentaux débutent quelque temps après l'apparition des phé-

nomènes septiques. Dans un cas (obs. XXV), ceux-ci existaient depuis 17 jours lorsque commença la folie.

Il n'est pas moins difficile de se rendre un compte exact de la fréquence des psychoses d'infection, que de celle des psychoses éclamptiques. Lorsque les malades entrent dans les asiles, souvent les phénomènes infectieux ont complètement disparu ou bien ils sont méconnus, soit par suite de leur peu de gravité, soit par suite de l'impossibilité de pratiquer un examen sérieux des divers organes à cause de l'état d'agitation. On ne peut donc se fier absolument aux statistiques recueillies dans les maisons d'aliénés. Celles qui sont établies dans les maternités peuvent aussi être défectueuses, parce que la folie suit quelquefois des infections tardives que la sortie précoce des malades a empêché de constater. C'est ce qui explique probablement les divergences énormes entre les statistiques jusqu'ici produites. Sur 100 psychoses puerpérales, F. Weber a constaté 17 fois, Holm 22 fois (1), C. Clark 50 et Hansen 86 fois l'existence de phénomènes infectieux. D'après la statistique que nous avons pu établir avec les observations de MM. Bar, Doléris et Porak, nous trouvons que la folie a suivi l'infection 70 fois sur 100. Nous n'accordons pas à nos chiffres plus de valeur qu'à ceux des autres auteurs. Ces diverses statistiques ne prouvent qu'une chose, c'est que l'infection est une cause absolument prépondérante dans la production de la folie puerpérale.

(1) Statistiques déjà anciennes. Ces auteurs ont été cités précédemment.

CHAPITRE IV

Forme des psychoses puerpérales consécutives à l'infection ou à l'éclampsie.

En général on admet que la folie puerpérale n'a rien qui lui soit spécial. Une femme est prise, à l'occasion de la puerpéralité, du délire auquel elle était prédisposée, comme elle aurait pu l'être en toute autre circonstance. Nos matériaux, recueillis dans des services d'accouchement, ne nous permettent pas de déterminer s'il existe une forme particulière de délire dans les psychoses consécutives à l'infection et à l'éclampsie. Nous ne prendrons donc pas parti dans la question. Nous nous contenterons de présenter une description succincte de la forme qui a été attribuée aux psychoses d'infection par Hansen (1) et aux psychoses post-éclamptiques par Olshausen (2). Cette forme n'est autre que ce que les aliénistes allemands ont appelé *confusion mentale hallucinatoire aiguë* (acute hallucinatorische Verwirrtheit) (3) ou encore *délire hallucinatoire* (hallucinatorischer Wahnsinn) (4). Esquirol (5) avait déjà donné une excellente description de cette forme morbide, mais elle

(1) *Loc cit.*, p. 77.
(2) *Loc. cit.*
(3) Meynert, *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 1878, p. 252. — Wille, *Arch. f. Psych.*, 1888, XIX, p. 328.
(4) Krafft-Ebing, *Lehrb. d. Psych.*, 3. Aufl., 1888, p. 397.
(5) *Des maladies mentales*, 1838, II, p. 219, chapitre de la démence.

avait été négligée, parce que ce grand aliéniste avait confondu dans le même chapitre d'autres maladies mentales, comme la paralysie générale ou la démence sénile.

La maladie débute par des prodromes qui précèdent le stade initial de quelques heures à quelques jours. L'accouchée est d'une tranquillité inusitée, elle dort mal, elle montre une certaine obnubilation de l'intelligence, elle affecte un air renfermé. Cette modification du caractère est la conséquence d'illusions et d'hallucinations qui, dès cette période, s'emparent de la malade, mais qui, à ce moment, passent très facilement inaperçues, si on ne les recherche avec attention.

Bientôt, ces hallucinations et ces illusions, qui portent ordinairement sur le sens de la vue, mais qui peuvent aussi affecter les autres sens, deviennent plus vives, plus fréquentes, et le délire atteint très rapidement son maximum d'intensité. Ce maximum peut même survenir brusquement, soit que les prodromes n'aient pas existé, soit qu'ils aient été méconnus.

A cette période, le délire est bruyant et surtout très mobile, en raison de la variété kaléidoscopique des illusions et des hallucinations. Il existe des idées de persécution, d'empoisonnement, de grandeur, hypocondriaques, érotiques, sans aucune tendance à la systématisation. La malade est tour à tour anxieuse, irritée, étonnée, joyeuse selon l'état momentané de sa conscience. Toutefois, les hallucinations effrayantes étant d'habitude prédominantes, il en résulte que l'angoisse et la dépression mentale se rencontrent dans la plupart des cas. Il n'est pas très rare d'observer des tentatives de suicide ou de meurtre.

Tous les actes des malades, aussi bien que leurs idées, paraissent absolument sans liaison, incohérents comme les erreurs des sens qui les causent. De là, le nom de confusion mentale. Les patientes ont perdu la notion exacte du monde extérieur. Quelquefois cependant, on peut les ramener un instant à elles-mêmes et obtenir une réponse sensée par une interpellation impérieuse. Leur loquacité est intarissable et leur agitation en général violente.

Ce stade de la maladie est entrecoupé par des rémissions pendant lesquelles la malade est tranquille et lucide. D'ordinaire, il persiste pendant ces rémissions une certaine anxiété, une légère inquiétude, une répugnance non motivée à répondre aux questions posées, qui montrent que la malade n'est pas dans un état complètement normal.

Si l'infection est très violente, en particulier si elle doit se terminer par la mort, il arrive souvent qu'au délire précédent succède la mussitation. L'agitation s'apaise peu à peu. La patiente, dans un état profond de prostration, présente de la carphologie et marmotte continuellement des paroles incompréhensibles. Comme le fait remarquer Hansen, rien ne prouve qu'au point de vue psychique, cette forme du délire soit différente de la confusion hallucinatoire ; il est évident qu'une malade, à la période ultime de l'infection, ne peut continuer à crier, à sauter hors de son lit, quand bien même les hallucinations et les idées délirantes qu'elles entraînent la pousseraient à cela.

Quand les malades survivent, le trouble psychique peut avorter après le premier stade d'agitation. Ce phénomène a lieu dans un tiers des cas. Dans les deux autres tiers, le délire passe à un second stade de stupeur et de dépression.

Les malades restent immobiles, sans expression ; elles ne montrent que peu d'intérêt pour tout ce qui les entoure et elles semblent incapables de former une réflexion ; elles ne répondent pas ou elles répondent à peine aux questions qu'on leur pose ; quand on peut en tirer une réponse, celle-ci paraît ordinairement raisonnable. Quelquefois elles pleurent et se lamentent sans cesse. On doit souvent les faire manger, les vêtir ; en général, elles se laissent faire sans résistance. Il n'est pas rare qu'elles soient malpropres. Dans ce stade, il est ordinaire de constater par instants le retour des hallucinations ainsi que de l'anxiété et de la confusion qu'elles entraînent avec elles.

La convalescence est lente et progressive. Elle se manifeste tout d'abord par l'attention que la malade porte au monde extérieur.

La durée de la maladie est extrêmement variable. Les durées extrêmes observées par Hansen sont, quelques heures dans un cas et deux ans dans un autre.

Tel est le type que Hansen attribue à ses psychoses par infection. Il est absolument identique à celui que Fürstner (1) avait décrit sous le nom de *folie* (Irresein) *hallucinatoire des nouvelles accouchées*. C'est aussi ce type qu'Olshausen a reconnu dans la plupart des folies puerpérales consécutives à l'éclampsie, mais dans celles-ci, la maladie évolue avec une rapidité inaccoutumée (2).

(1) *Loc. cit.*

(2) Pendant l'année que nous avons passée dans le service de M. Bar, nous avons observé chez *plusieurs* éclamptiques le trouble mental suivant, dont nous rapportons une observation (XIII). Il s'agit d'une série d'hallucinations diverses, de la vue et de l'ouïe, se succédant avec rapidité pendant le court espace d'une demi-heure à trois quarts d'heure. L'intelligence est dans son

L'état mental que Lloyd (1) décrit comme habituel dans les délires d'origine infectieuse est assez analogue au type adopté par Hansen. Le malade divague continuellement : quelquefois on peut fixer son attention et obtenir une réponse ou deux, mais bientôt il retombe dans l'inconscience plus ou moins complète de tout ce qui l'entoure ; la conscience subjective est elle-même très obtuse, dominée qu'elle est par des hallucinations visuelles et auditives intenses et fréquentes. Après ce stade, on peut observer le passage à la stupeur et au coma, avec des symptômes typhoïdes, et la mort peut survenir. Le plus souvent, dans les cas puerpéraux, la guérison survient après quelques semaines.

Si nous cherchons à nous faire une idée du type du délire d'après nos observations et celles que nous avons pu lire dans les auteurs, nous voyons qu'en général les hallucinations et les illusions sont notées, et que le plus souvent elles surviennent à une période précoce de la folie. Marcé lui-même a insisté sur leur fréquence (2). Nous serions donc assez disposé à croire que le délire est ordinairement d'origine hallucinatoire quand l'infection ou l'éclampsie sont en cause.

On remarquera l'analogie de la forme admise par Hansen avec le delirium tremens, ce type des délires d'intoxication (3). Nous voyons là un argument de plus en faveur de

intégrité parfaite avant et après l'accès. Ces phénomènes reparaissent quelquefois deux jours de suite.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Loc. cit.*, p. 197.

(3) On doit bien se garder de prendre pour une folie puerpérale un véritable accès de delirium tremens survenant chez une accouchée alcoolique privée de son excitant habituel par l'hospitalisation. La confusion a dû être faite plus d'une fois, car la distinction est souvent fort difficile. En dehors de la connaissance

l'existence, à la suite de troubles mentaux que nous croyons dus à la toxémie (1), d'une forme morbide si voisine des délires toxiques ; cependant, comme nous le disions plus haut, nos matériaux ne nous autorisent pas à décider si cette forme est constante.

des antécédents, il n'y a guère que le tremblement et surtout l'apyrexie qui permettent le diagnostic. Mais on conçoit que ce dernier signe peut manquer, s'il s'agit d'un delirium tremens accompagné de manifestations infectieuses.

(1) Voyez le chapitre suivant.

CHAPITRE V

Rôle pathogénique de l'éclampsie et de l'infection dans la genèse des psychoses puerpérales.

Nous croyons avoir démontré que l'éclampsie et l'infection puerpérale, à elles seules, suffisent pour provoquer l'explosion d'un trouble mental plus ou moins grave, plus ou moins prolongé. Mais quel est le mode intime de leur action? C'est ce que nous allons discuter maintenant.

En ce qui concerne les psychoses éclamptiques, nous avons vu qu'elles ne relevaient pas de l'albuminurie, ni de la violence ou du nombre des attaques. Nous croyons qu'il faut en chercher la cause dans la cause même de l'éclampsie.

Nous ne rappellerons pas toutes les théories émises sur la pathogénie de cette maladie. Nous parlerons seulement de celle qui est généralement admise à l'heure actuelle. Elle a pour point de départ les recherches de M. le professeur Bouchard (1) qui a mis en évidence le rôle joué en pathologie par les auto-intoxications. L'organisme, a-t-il dit, est un laboratoire et un réceptacle de poisons, il en

(1) De l'auto-intoxication considérée comme accident deutéropathique dans les maladies fébriles. Leçon d'ouverture du cours de pathologie générale (*Union médicale*, 1886). — Sur les poisons qui existent normalement dans l'organisme et en particulier sur la toxicité urinaire (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1886). — *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*. Paris, 1887.

reçoit par les aliments, il en fabrique par sa désassimilation, il en forme pas ses sécrétions, ils existent normalement dans le sang. Si l'intoxication ne se réalise pas, c'est que l'organisme normal possède des ressources puissantes pour y échapper dans ses organes éliminateurs : peau, poumons, intestins et surtout foie et reins.

La grossesse trouble cette élimination. Elle rend incomplètes les oxydations et de ce fait il y a augmentation de la toxicité du sang. D'autre part, elle gêne la circulation ; elle produit un certain degré de dégénérescence du foie ; l'utérus, accru de volume, comprime les uretères et les reins. Elle prédispose donc l'organisme à l'insuffisance d'élimination. Qu'un des deux organes particulièrement chargés de cette élimination ne remplisse plus son rôle qu'incomplètement, et l'éclampsie apparaît.

L'éclampsie puerpérale est donc causée par un arrêt dans l'élimination des produits de désassimilation organique et plus particulièrement par un arrêt des éliminations hépatique et rénale. Nous n'entrerons pas dans le détail des preuves fournies par les auteurs en faveur de cette pathogénie ; nous n'étudierons pas non plus quels sont les poisons qui s'accumulent dans le sang lorsque le rein ou le foie fonctionnent mal ou insuffisamment (1) ; qu'il nous suffise de constater que dans la théorie actuellement en vigueur, dans celle qui explique le mieux les faits observés, l'éclampsie est considérée comme une auto-intoxication.

Les recherches de certains observateurs, en particulier

(1) Pour tous ces détails, voyez : Rivière, *Pathogénie et traitement de l'auto-intoxication éclamptique*, Par., 1888.

celles de M. Doléris (1) qui datent de 1883, tendraient à faire croire que l'éclampsie, au moins dans certains cas, est d'origine infectieuse. M. Doléris a trouvé des micro-organismes dans l'urine et le sang de femmes atteintes soit d'albuminurie grave de la grossesse, soit d'éclampsie. Il a pu les cultiver et l'inoculation de ces cultures au lapin déterminait la mort de l'animal au milieu de phénomènes éclamptiformes. L'urine des lapins était albumineuse et leurs reins présentaient les signes d'une néphrite aiguë. M. Fochier (2), de Lyon, admet l'origine infectieuse de l'éclampsie et des recherches toutes récentes de MM. Combemale et Bué (3) viennent confirmer celles de M. Doléris. Il est possible cependant que les micro-organismes trouvés ne soient pas la cause directe de l'éclampsie, mais agissent en altérant le fonctionnement des organes éliminateurs.

Quelle que soit d'ailleurs la véritable cause de l'éclampsie, l'accumulation dans le sang de principes toxiques est certaine dans cette maladie. MM. Doléris et Butte (4) ont isolé dans le sang de femmes éclamptiques une substance cristallisée qui jouit de propriétés toxiques extrêmement violentes. Elle peut tuer assez rapidement, même à dose presque infinitésimale, des animaux, qui meurent au bout de 5 à 6 heures, après avoir passé par une phase d'excitation et par une phase de somnolence. Tout récemment, M. Chambrelent (5) a entrepris des expériences sur la toxi-

(1) Les résultats de ces recherches sont consignés dans les *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, 1883, p. 504 et 1885, p. 489.

(2) Th. de Faure déjà citée, p. 20.

(3) *Soc. de Biol.*, séance du 19 mars 1892.

(4) *Comptes rendus de la Soc. de Biol.*, 1886, pp. 82 et 97.

(5) *Soc. de Biol.*, séance du 27 février 1892.

cité du sérum sanguin chez les éclamptiques. Il a trouvé que cette toxicité était accrue dans de fortes proportions. Tandis que 10 c. c. de sérum, pris sur un individu sain, sont nécessaires pour tuer un kilogramme de lapin, il a suffi de 3.5 à 4.5 c. c. de sérum d'éclamptique pour obtenir le même résultat. Comme il fallait s'y attendre, le coefficient uro-toxique est très notablement diminué ; de 0,46 il tombe à 0,18 et même à 0,14.

Ainsi il n'est pas douteux que les convulsions éclamptiques soient la conséquence d'une intoxication de la masse sanguine. C'est à cette intoxication que nous attribuons aussi la production de la folie éclamptique. Il n'est pas déraisonnable d'admettre qu'un empoisonnement, assez intense pour produire par son action sur les centres nerveux des troubles moteurs aussi violents que ceux de l'éclampsie, ne puisse également produire des troubles plus ou moins graves de la sphère intellectuelle.

Le fait que les attaques sont souvent peu intenses et peu nombreuses, ainsi que les conditions de l'accouchement, qui est loin d'être toujours laborieux, ne permettent pas d'invoquer ici l'épuisement cérébral ; cause que l'on pourrait faire valoir, surtout si l'on considère le type du délire qui est assez voisin en général de celui que les Allemands attribuent aux psychoses asthéniques. On pourrait dire, il est vrai, que ce ne sont pas les convulsions éclamptiques en elles-mêmes qui ont déterminé l'épuisement, mais la longue période d'albuminurie qui les a précédées. Nous rappellerons à ce propos que M. Bouchard (1) a fait justice des idées exagérées qui ont cours sur l'importance de cette

(1) *Leçons sur les auto-intoxications*, p. 110.

spoliation de matières albuminoïdes. D'ailleurs, si le délire, sur les caractères duquel nous avons déjà insisté, se rapproche de celui des psychoses par épuisement, il n'est pas moins voisin de celui qu'on observe dans les intoxications, par exemple dans l'alcoolisme, et la rapidité de l'évolution de la maladie, extraordinaire en général (dans beaucoup de cas, le trouble mental ne dure pas plus d'un ou de deux jours), ne se conçoit pas si on admet que la psychose est causée par un épuisement toujours long à réparer.

Du reste, ce n'est pas une opinion nouvelle que de considérer certaines formes d'aliénation mentale comme des intoxications. Dès 1857, M. Delasiauve (1) disait : « Personne ne répugne à admettre que le sang vicié par un agent délétère ne puisse occasionner l'aliénation mentale... C'est ainsi qu'on explique généralement la manie typhoïde, puerpérale ». Et en 1861 (2) : « Sans nier la participation de la sympathie dans la folie puerpérale, il nous semble qu'elle n'est pas la seule cause agissante, et que notamment le sang, par des propriétés nouvelles modifiant directement le cerveau, pourrait n'être pas étranger au développement de la susceptibilité nerveuse et des anomalies morales ». M. Briand (3) a considéré le délire aigu, qui peut s'observer après l'éclampsie, comme provenant d'une altération du sang, d'un empoisonnement de ce liquide dans lequel il aurait trouvé des bactéries. En 1885, Müller (4)

(1) *Ann. méd.-psych.*, 3e s., III, p. 424.

(2) *Ann. méd.-psych.*, cité in Petit, th. de Paris, 1870, p. 18. Nous n'avons pu retrouver cette citation de M. Delasiauve dans l'année des annales indiquée par Petit (1861).

(3) *Du délire aigu*. Th. de Paris, 1881.

(4) Ueber die dyscrasischen Momente, welche bei der Genese der Neurosen

montre que l'introduction d'éléments dyscrasiques dans le sang est la cause fréquente de troubles du système nerveux, troubles qui sont en rapport avec la qualité et la quantité des éléments toxiques. Ces éléments, quels qu'ils soient, se classent en deux groupes : ceux qui viennent du dehors, donnant lieu à des intoxications *hétérogènes*, parmi ceux-ci, Müller signale les poisons proprement dits et les infections ; et ceux qui proviennent de l'organisme même, produisant des intoxications dites *autogènes*. Dans ce second groupe, Müller fait rentrer le diabète, la cholérine, les troubles de l'hématopoièse, l'urémie. Nous pouvons y ajouter l'éclampsie.

Au *Congrès des maladies mentales* de 1889, Bettencourt-Rodrigues (1) émit l'opinion que certaines formes de folie, en particulier la mélancolie et le délire aigu, sont le résultat d'auto-intoxications dues à la résorption de poisons formés dans l'estomac ectasié ou dans l'intestin. Une des preuves données par Bettencourt-Rodrigues est l'amélioration de ces états par l'administration des antiseptiques gastro-intestinaux. Citons encore la thèse du Dr Feyat (2), qui a montré l'influence sur l'état mental de la formation et de la rétention des produits toxiques consécutives à une constipation excessive, et celle du Dr Chevalier-Lavaure (3) pour qui beaucoup de folies sont dues à des auto-intoxications. Dans les expériences qu'il a faites, cet auteur a trouvé

und Psychosen eine Rolle spielen (*Neurol. Centralbl.*, Leipz., 1885, III, 54 ; 78).

(1) Comptes rendus par le Dr Ritti, Paris, 1891, p. 409.

(2) *De la constipation chez les aliénés* (Th. de Lyon, 1890).

(3) *Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Contribution à l'étude de la pathogénie de la folie* (Th. de Bordeaux, 1890).

que la toxicité des urines était diminuée chez presque tous les aliénés, comme elle l'est chez les brightiques. Il en conclut que le rein n'élimine plus certains poisons, et c'est à la rétention de ces poisons qu'il attribue la production du trouble mental.

On voit donc que plusieurs médecins sont disposés à admettre que la folie peut apparaître sous l'influence d'intoxications diverses. En particulier, pour la folie brightique, il y a unanimité à l'attribuer à l'intoxication urémique (1). Par conséquent, il n'est pas téméraire de supposer une cause analogue aux folies consécutives à l'éclampsie, maladie si voisine de l'urémie.

Nous croyons qu'on doit aussi expliquer par la toxémie les phénomènes mentaux qui accompagnent l'infection. Les microbes puerpéraux, qui pénètrent dans l'organisme de l'accouchée, fabriquent incessamment des poisons solubles, de *toxines* qu'ils versent dans le torrent circulatoire (2). Ces toxines, portées au contact des centres nerveux, agissent violemment sur eux et si les unes, modifiant plus particulièrement les centres régulateurs thermiques, donnent naissance à de la fièvre, d'autres, troublant le fonctionnement de centres supérieurs, peuvent amener le développement des délires d'infection.

Une opinion analogue a déjà été émise par M. Her-

(1) Raymond, Délire survenu dans le cours des néphrites chroniques (*Arch. gén. de méd.*, 1880). — Id., Relations de l'albuminurie avec les psychoses (*Gaz. méd. de Paris*, 1890, 289 ; 304). — Dieulafoy, Folie brightique (*Gaz. hebd.*, 1886).

(2) Bourget a trouvé dans les urines et dans les divers organes de malades mortes de fièvre puerpérale des ptomaïnes et des bases très toxiques (*Contribution à l'étude des ptomaïnes et des bases toxiques de l'urine dans la fièvre puerpérale* Th. de Genève, 1887 et *Rev. méd. de la Suisse rom.*, VII, 428).

vieux (1) qui admet le passage dans le sang de certains principes putrides provenant des lochies altérées. « Ces éléments de la suppuration lochiale, repris par les veines de l'utérus, peuvent aller impressionner les centres nerveux et développer chez les femmes prédisposées des désordres cérébraux plus ou moins graves. Dans ces sortes de cas, il n'y a pas, à proprement parler, suppression des lochies, puisqu'elles peuvent continuer à couler, mais transport par l'intermédiaire du sang des matières toxiques qu'elles contiennent ». Lloyd aussi (2) conclut de son étude que « dans les délires puerpéraux, un poison infectieux est probablement la cause excitante immédiate ».

Une cause qui pourrait encore agir pour déterminer l'apparition de la folie, lorsque les phénomènes infectieux durent depuis longtemps, c'est l'épuisement. On se trouverait alors en présence de ces psychoses d'inanition, de ces psychoses asthéniques décrites par Becquet (3) et par Kræpelin (4). Mais cette explication ne peut être adoptée pour les troubles mentaux qui surviennent dans le stade prodromique ou au début de l'infection. Ici on est bien obligé d'admettre l'influence de la résorption septique.

Nous avons vu que c'est l'infection par la voie sanguine qui donne le plus souvent naissance aux troubles psychiques. Il n'est peut-être pas impossible d'expliquer ce fait.

(1) *Traité des maladies puerpérales*, 1870, p. 1038.

(2) *Loc. cit.* Voyez aussi : Chardon-Fleuret, *De l'influence des maladies infectieuses sur le développement des maladies mentales*. Th. Lille, 1889. Cet auteur ne parle pas de l'infection puerpérale.

(3) Du délire d'inanition dans les maladies (*Arch. gén. de méd.*, 1866, février et mars).

(4) Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten (*Arch. f. Psych.*, Berl., 1881, XII, 65 ; 287).

Dans cette forme d'infection le poison est directement versé dans le sang par les microbes qui s'y trouvent. Il ne peut être modifié ou retenu dans les tissus, dans les ganglions lymphatiques. En particulier, les micro-organismes qui pullulent à la surface de l'endocarde ou sur la paroi des veines répandent incessamment dans le torrent circulatoire une certaine quantité de substances toxiques ; il en est de même d'un caillot phlébitique qui se désagrège lentement. Dans ces cas, l'infection peut ne pas être dangereuse pour l'existence, elle peut se limiter ; cependant le poison, sans cesse amené par le sang au contact des centres nerveux, les trouble dans leur fonctionnement, produit et entretient la psychose. On pourrait encore admettre avec Olshausen (1) que cette forme d'infection conduit surtout aux troubles mentaux parce qu'elle s'accompagne d'embolies capillaires septiques qui sont les causes anatomiques de la folie et qui peuvent parfaitement passer inaperçues à l'autopsie.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans rappeler l'importance des prédispositions héréditaires ou acquises. Il est évident que ces prédispositions rendent les sujets plus facilement vulnérables et les accidents qui, chez un individu sain, n'auraient pas déterminé de désordres psychiques, amènent chez eux l'explosion d'une folie de gravité variable. M. Doléris a bien montré (2) l'importance des causes d'irritation locale, telles que les ostéophytes de la grossesse, qui favorisent la fixation du poison septique sur

(1) *Loc. cit.*, p. 374.

(2) In Aubiban, *Études sur quelques variétés d'ostéophytes de la grossesse Des accidents nerveux qui peuvent leur être attribués.* Th. de Paris, 1883.

les centres nerveux et par suite l'apparition de la manie. Un abcès du cerveau peut avoir le même résultat (obs. XLVI).

Cependant, bien que nous soyons porté à accorder à la prédisposition une influence très grande, nous ne pouvons admettre qu'elle soit tout. Si, dans quelques cas (obs. XLVIII), le cerveau de la malade est absolument préparé à faire de la folie et s'il suffit d'une cause occasionnelle quelconque, si minime qu'elle soit, pour produire l'aliénation mentale, il n'en saurait être toujours de même. La prépondérance énorme de l'éclampsie et de l'infection parmi les conditions étiologiques de la folie puerpérale, prépondérance telle qu'on les retrouve dans la presque totalité des cas (1), démontre irréfutablement, à notre avis, que ces deux états pathologiques jouissent d'une influence particulière dans la production des psychoses et que ce ne sont pas des causes banales qui donnent en général naissance aux troubles mentaux de la grossesse ou des suites de couches.

(1) Hansen a trouvé 86 fois sur 100 de l'infection, Macdonald et Schwegel près de 6 fois sur 100 de l'éclampsie ; on ne pourrait donc invoquer une autre étiologie que 8 fois sur 100. Marcé avait déjà remarqué qu'on ne peut admettre exclusivement l'influence des causes morales que dans 9 cas sur 60. Dans toutes les observations de MM. Bar, Porak et Doléris, la folie succède soit à l'infection, soit à l'éclampsie.

CHAPITRE VI

Considérations sur la prophylaxie et la thérapeutique des psychoses puerpérales.

Il n'est pas indifférent, au point de vue purement pratique, de savoir que l'éclampsie ou l'infection sont les causes de la plupart des folies qui surviennent chez les nouvelles accouchées. Il est évident que si l'on admet ce fait que nous croyons avoir démontré, un traitement soit prophylactique, soit curatif institué à temps contre les manifestations septiques ou éclamptiques permettra aux malades d'échapper aux troubles cérébraux qui peuvent les menacer. Il sera donc très important, quand on se trouvera en présence d'une femme enceinte ou récemment accouchée, prédisposée par ses antécédents héréditaires ou personnels à faire de la folie, de prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter cette complication.

Avant l'accouchement, on recherchera les troubles prémonitoires de l'éclampsie : œdèmes, douleurs frontales et épigastriques, obnubilation de la vue ; on analysera minutieusement l'urine tous les jours, et si elle contient de l'albumine, ou même si elle ne présente qu'une diminution notable dans l'excrétion de l'urée, on prescrira aussitôt le régime lacté intégral. Si ce régime est institué à temps, on aura diminué de beaucoup les chances d'éclampsie et par là de folie. Que si une ou plusieurs attaques d'éclampsie

s'étaient produites chez ces femmes prédisposées, au moment où le médecin est appelé vers elles, il ne devrait pas hésiter un instant à enrayer la maladie par les moyens les plus énergiques, chloral à doses élevées, inhalations de chloroforme. Olshausen a même vu des malades, chez qui le trouble mental avait déjà débuté, guérir rapidement par ce traitement.

Au moment de l'accouchement et pendant les suites de couches, il faudra, chez une femme prédisposée à la folie, redoubler de précautions antiseptiques. De cette façon, on sera sûr d'éviter toute infection et, par conséquent, d'éliminer la plus importante des causes de la folie puerpérale. Si on se trouve en présence d'une malade déjà infectée, le traitement énergique s'imposera, pour ainsi dire, plus nécessairement que dans les cas ordinaires, car la femme que l'on traite a une complication de plus à craindre. Au premier signe d'infection, on interviendra donc par les injections intra-utérines antiseptiques, répétées selon les besoins.

Mais si on se trouve en présence d'une psychose puerpérale établie, est-il indifférent de savoir dans quelles conditions elle est née, si l'éclampsie ou l'infection ont présidé à son apparition ? Evidemment non. La cause qui l'a créée peut agir encore et il faut à tout prix en enrayer l'action. D'ailleurs, par elles-mêmes, l'éclampsie et l'infection sont des complications graves, entraînant souvent la mort, et il importe de ne pas les méconnaître, même lorsqu'elles sont masquées par l'état mental, afin de les traiter énergiquement.

Quand une psychose survient après les convulsions

éclamptiques, celles-ci sont en général erminées, car elles ne sauraient durer longtemps sans être fatales. Mais outre qu'il n'est pas impossible de voir revenir les attaques, les troubles de l'élimination organique qui ont causé l'éclampsie existent encore lorsqu'apparaît la folie. On trouve encore plus ou moins d'albumine dans l'urine, la malade a les tissus œdématiés et si elle n'a pas perdu toute conscience, elle peut accuser des douleurs épigastriques, des maux de tête, des troubles de la vue, de la dyspnée. Ce sont des éléments précieux de diagnostic, lorsqu'on n'a pas été témoin des crises éclamptiques. Ce sont aussi des indications urgentes de traitement. Si la malade n'accusait pas ces symptômes, les données fournies par l'analyse des urines, l'existence des œdèmes, ainsi que les renseignements recueillis dans l'entourage auquel il est bien difficile que les attaques aient échappé, suffisent amplement pour faire le diagnostic rétrospectif. Le médecin arrivera donc ordinairement sans difficulté à savoir si l'éclampsie a existé et il pourra appliquer le traitement en toute connaissance de cause.

Il sera souvent bien plus malaisé de reconnaître les symptômes de l'infection quand celle-ci accompagne une psychose puerpérale. Tout d'abord, il faut se garder de croire que la folie des premières semaines qui suivent l'accouchement peut seule reconnaître pour point de départ des manifestations infectieuses. Dans bien des cas une infection insignifiante peut exister pendant les suites de couches, rester latente, permettre à la malade de se lever et de vaquer à ses occupations habituelles, et par un réveil tardif produire des troubles divers, parmi lesquels des psychoses.

Hansen en rapporte un cas (1). M. Doléris (2) a insisté sur ces manifestations éloignées de l'infection, manifestations qu'il groupe sous la dénomination de *fièvre puerpérale tardive*. Il ne faut pas oublier non plus que, pendant la lactation, l'infection peut se produire sous forme de lymphangites ou de suppurations mammaires.

Enfin, les folies qui surviennent pendant ou immédiatement après l'accouchement peuvent aussi dépendre quelquefois de phénomènes infectieux. Sans parler des voies anormales de pénétration des agents microbiens (3), il y a des femmes qui, pendant la grossesse même ou peu de temps avant l'accouchement, peuvent s'infecter par la voie génitale. Celles qui présentent dans la dernière période de la gestation des hémorrhagies utérines répétées sont particulièrement très exposées à l'infection. Marcé cite (4) précisément un cas de folie survenue pendant l'accouchement chez une femme qui avait été soignée à la Maternité dans les derniers mois de sa grossesse pour un écoulement de sang abondant et prolongé. Le traitement opposé à cette complication, le tamponnement surtout, s'il n'est pas rigoureusement aseptique, est quelquefois la cause même des accidents infectieux. Une femme peut encore s'infecter au début du travail, et si celui-ci dure longtemps, il n'est pas impossible que le trouble mental apparaisse avant ou peu de temps après la période d'expulsion.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'une psychose puer-

(1) *Loc. cit.*, p. 116.

(2) *De l'endométrite et de son traitement.* Paris, 1887, p. 22.

(3) Discussion récente à l'*Académie de médecine*, séances des 1er, 8, 15 mars 1887.

(4) *Loc. cit.*, p. 244.

pérale précoce ou tardive, il ne faudra donc pas se hâter d'éliminer la possibilité d'une infection, mais on devra en rechercher les symptômes avec autant de soin que si on avait à traiter une psychose des premières semaines du puerpérium.

Il est très facile de méconnaître l'existence de ces symptômes d'infection, surtout lorsqu'on n'est pas prévenu de leur fréquente relation avec la folie puerpérale. La malade a la face vultueuse, la peau chaude, le pouls accéléré, on met tout cela sur le compte de l'agitation, et comme, en raison de cette agitation même, il n'est pas toujours possible de procéder à des mensurations thermométriques, ni d'examiner l'état des organes génitaux, comme, d'autre part, la femme n'accuse aucune douleur, l'infection passe absolument inaperçue et aucun traitement n'est dirigé contre elle. Bientôt les phénomènes septiques deviennent plus graves et emportent la malade, et c'est seulement à l'autopsie qu'on en reconnaît les lésions diverses. En un mot, on se borne à diagnostiquer la folie puerpérale, alors qu'il y a plus ; on porte un pronostic favorable, puisque les psychoses des suites de couches sont réputées une des formes les plus curables de l'aliénation mentale (1), alors qu'un état infectieux grave menace la vie de la malade, état dont un traitement appliqué dès le début des accidents aurait pu avoir raison. Ce n'est pas là une simple vue de l'esprit ; beaucoup de faits montrent combien il est facile et, en même temps, combien il est dangereux de laisser passer inaper-

(1) Opinion contre laquelle s'élève G. H. Savage (*loc. cit.*). Les statistiques des asiles ne prouvent rien, beaucoup de femmes atteintes mourant chez elles ou dans les maternités, sans avoir pu être transférées.

çues les complications septicémiques qui accompagnent le trouble mental. Nous avons déjà cité le cas de Westphal où une psychose puerpérale ayant été suivie de mort, on trouva à l'autopsie une endocardite ulcéreuse méconnue pendant la vie. Olshausen (1) a publié un cas où le diagnostic de folie puerpérale avait seul été porté pendant la vie ; on n'avait trouvé aucun symptôme d'infection du côté des organes génitaux ; cependant il y avait de la fièvre. La malade mourut bientôt et l'autopsie démontra que la mort avait été causée par des accidents pyohémiques. Dans le cas publié par Allix (2), l'infection fut aussi méconnue pendant la vie.

Notre observation LIII est très analogue à celle d'Olshausen. Pendant plusieurs jours, la malade ne parut être atteinte que d'un délire maniaque, sans que rien, sauf une élévation de température insolite, ne permît de soupçonner une septicémie puerpérale. Celle-ci existait comme le prouva l'apparition d'abcès métastatiques multiples qui mirent à diverses reprises les jours de la malade en danger.

De tous ces faits, et de bien d'autres, en tout point semblables, que nous pourrions citer, on doit conclure qu'il est nécessaire de chercher attentivement les symptômes les plus légers de l'infection. S'il n'existe que de la fièvre, il est imprudent de la mettre sur le compte de l'agitation qui ne suffit pas à la déterminer. Après avoir éli-

(1) *Loc. cit.*, p. 375. Voir notre obs. XXXIX.

(2) Manie aiguë à la suite d'un accouchement et de plusieurs métrorrhagies, fièvre puerpérale, etc. (*Ann. soc. d'anat. path. de Brux.*, 1862, VI, 19 et *J. de méd. chir. et pharmacol.*, Brux., 1862, XXXIV, 334). Voir notre obs. XX et aussi notre obs. L.

miné les diverses maladies fébriles, on sera donc en droit, pour expliquer l'élévation de température, d'admettre l'existence de l'infection puerpérale et on agira en conséquence.

Si, dans un cas donné, l'agitation et la fureur de la malade nous empêchaient d'obtenir une mensuration thermométrique et mettaient obstacle à la recherche des signes possibles de septicémie, nous nous tiendrions prêt néanmoins à intervenir antiseptiquement, dès qu'une rémission, que nous chercherions du reste à provoquer, viendrait permettre et la constatation et le traitement des manifestations infectieuses. Dans le doute, nous n'hésiterions pas à faire courir à une femme non infectée les dangers relativement rares et souvent minimes (1) des injections intra-utérines, plutôt que d'exposer, faute de traitement, une femme légèrement infectée aux conséquences les plus graves de la septicémie puerpérale (2).

(1) Voir la thèse récente de Silvestre : *Des accidents observés pendant ou après les injections intra-utérines en obstétrique*. Paris, 1892.

(2) Nous laisserons de côté ce qui concerne le traitement de l'état mental, non parce que nous le tenons pour inutile, mais parce que la question est en dehors de notre sujet. On trouvera les détails nécessaires dans tous les traités de psychiatrie. D'ailleurs, il est bien évident que le traitement dirigé contre la cause de la folie ne saurait être sans action sur celle-ci.

OBSERVATIONS

Il nous serait impossible de reproduire toutes les observations de manie puerpérale consécutive à l'éclampsie ou à l'infection qui ont été publiées jusqu'à présent. Beaucoup d'auteurs, sans attribuer aucune importance à ces complications, ont cependant mentionné leur présence parmi les phénomènes qui ont précédé le délire. Aussi nous contenterons-nous de rapporter nos observations inédites et de résumer quelques-unes de celles qui sont éparses dans la littérature médicale. On trouvera les cas que nous n'avons pu reproduire dans les travaux d'ensemble faits sur la question. C'est ainsi qu'on aura à consulter, sur les folies puerpérales en rapport avec l'éclampsie, 15 observations dans le mémoire d'Olshausen, 11 dans la thèse de Fritz, 3 dans le traité de Marcé (obs. 38, 40, 41) ; sur les folies consécutives à l'infection, les observations 9, 10, 14 d'Esquirol et 29, 37, 39, 45, 46, 62 de Marcé, celles très nombreuses de Holm, de Campbell-Clark, de Hansen, de Kramer et du D Faure (1).

(1) Tous ces travaux ont été cités dans l'historique.

I. — Folies puerpérales en rapport avec l'éclampsie.

Obs. I. — Hilaire, de Rouen (*Observation sur un cas d'éclampsie suivie d'aliénation mentale. — J. de méd. et chir. prat.*, Par., 1834, V, 551). — Primipare de 29 ans. Attaques d'éclampsie. Trois saignées. Accouchement à 8 mois par le forceps. Délire. La malade veut sortir du lit. Loquacité continuelle. Reconnaît cependant les personnes qui l'entourent, les injurie. Croit que le feu est à son lit. Guérit deux mois après, mais ne se souvient plus d'avoir accouché.

Obs. II. — Bonifas (*Eclampsie ; accouchement abandonné à la nature ; manie puerpérale ; guérison. — Gaz. d. hôp.*, Par., 1860, XXXIII, 446). — Primipare de 21 ans. 19 attaques d'éclampsie, contre lesquelles on fit de fortes déplétions sanguines. Coma. Accouchement d'un enfant mort. Deux jours après, agitation, délire. La malade veut se lever, croit qu'on veut l'empoisonner, refuse les médicaments. Ce délire dure trois jours.

Obs. III. — Ribell (*Des folies puerpérales*, 3e obs. — *Rev. méd. de Toulouse*, 1877, XI, 193). — Jeune fille de 20 ans. Pendant le travail, au moins cinq attaques d'éclampsie. Accouchement par le forceps. Nouvelle attaque après l'accouchement. A partir de ce moment, elle n'a plus conscience de sa situation, elle crie, chante, pleure, se lève de son lit, quitte sa chemise et va se promener toute nue dans le corridor en vociférant. Cet état dure quatre jours, puis elle tombe dans le sommeil et y reste plongée 24 heures consécutives. Elle se réveille guérie.

Obs. IV. — Garcia-Rijo (*Contribution à l'étude de la folie puerpérale.* — Thèse de Paris, 1879, obs. III). — Albuminurie. Eclampsie de la grossesse. Trois jours après son début, excitation, incohérence, idées de persécution, loquacité, chants, hallucinations. Accouchement 8 jours après l'apparition des accidents. Guérison.

Obs. V. — Pilat (*Eclampsie après l'accouchement,... manie puerpérale légère, etc. — Bull. méd. du Nord*, Lille, 1879, XVIII, 380 et *J. d. sages-femmes*, Par., 1880, VIII, 26). — Multipare. Albuminu-

rie sans œdème. Accouchement prématuré. 12 attaques d'éclampsie. Le 4e jour après l'accouchement, délire, divagation, agitation violente. Veut se lever. Deux jours après, cessation du délire. Un peu d'hébétude, puis guérison rapide.

Obs. VI. — Léonard (*Loc. cit.*). — Marie P..., 27 ans, domestique, bons antécédents, entre dans le service de M. Bar, à l'hôpital Tenon, le 29 novembre 1885, ayant eu 12 attaques d'éclampsie. Elle vient d'accoucher d'un enfant mort. Délivrance naturelle. Elle a une dernière attaque à l'hôpital. Ni œdème, ni albuminurie. Deux jours après son accouchement apparaît du délire. Elle est très agitée, tient des propos incohérents; ce qui domine surtout, ce sont des hallucinations diverses et mobiles de la vue. Au bout de quelques jours, ces phénomènes s'améliorent beaucoup et disparaissent, en même temps que survient une pleurésie gauche. Jamais il n'y a eu de fièvre, ni d'albuminurie à aucun moment de la maladie.

Obs. VII. — Budin (*Obstétrique et gynécologie*, p. 517). — Primipare de 19 ans. Bons antécédents. 14 attaques d'éclampsie à la fin de la grossesse. Deux jours après, modifications du caractère. Jette sur le plancher le vase contenant ses urines, puis se lève et va uriner dans un coin de la salle. Court à travers les salles et les couloirs. Refuse le régime lacté accepté jusque-là. On la menace de la camisole. Dès lors, elle reste tranquille, mais devient taciturne et tient constamment les yeux baissés. Dix jours après le début du trouble mental, accouchement normal. La malade n'annonce pas l'apparition des premières douleurs, bien qu'elle ait avoué plus tard les avoir senties. Après l'accouchement, l'intelligence devient normale, mais la malade ne se souvient plus de ses attaques d'éclampsie, ni des actes excentriques qu'elle a commis.

Obs. VIII. — Dedichen (*Akut primær puerperal Demens. En psykiatrisk studie. — Norsk Mag. f. Lægevidensk.*, Christiania, 1890, 4. R., V, 35, résumé in *Jahresbericht über die Leistungen*, etc., 25e année (1890), Berlin, 1891, vol. II, 59). — Primipare de 25 ans. Éclampsie survenue 18 heures avant l'accouchement. 9 gr. de chloral en injections sous-cutanées. Coma pendant les trois premiers jours après l'accouchement. Ensuite, délire avec hallucinations, pen-

dant quatorze jours. Guérison avec amnésie complète des faits qui se sont produits depuis l'éclampsie.

Obs. IX (1). — *Albuminurie, œdème ; accouchement normal à terme ; éclampsie ; délire violent, hallucinations ; guérison.* — Pl..., 34 ans, lingère, entre à la Maternité de l'Hôpital St-Louis le 8 mars 1888 (n° 112) (2).

Antécédents héréditaires inconnus. Dans son enfance, gourme. Menstruation régulière, établie à 13 ans. Première grossesse en 1878 : accouchement prématuré. En 1886, grossesse et accouchement normaux. Dernières règles du 8 au 12 juin. Dans le cours de la grossesse, crampes dans les jambes et œdème des membres inférieurs. D'après le dire du mari, la malade aurait eu de violents maux de tête ayant causé de l'insomnie ; mais elle n'en a pas gardé le souvenir.

Lorsque la malade entre dans le service, le travail est commencé depuis environ trois heures. Elle présente de l'œdème des jambes, des mains et de la région sus-pubienne. Albuminurie. Rien au cœur ni aux poumons.

L'enfant se présente par le sommet en OIGA. Le travail va rapidement et se termine bientôt par la naissance d'une fille vivante, du poids de 2850 gr. Délivrance naturelle. Légère hémorrhagie. Six heures après l'accouchement, première attaque d'éclampsie, suivie de six autres dans la soirée. Entre ces attaques, la malade reprend connaissance, chloral.

Le 9 *mars,* malgré l'administration du chloroforme, il y eut 21 attaques d'éclampsie. A partir de la 11e, la température s'élève pour atteindre 39°5 au moment des dernières attaques. Après la 18e, saignée de 400 gr.

Le 10, temp. mat. 38°2 ; soir : 37°8. Pas d'attaques.

Le 11, la température retombe à la normale pour y rester jusqu'à la sortie de la malade. La quantité d'albumine s'est beaucoup réduite. A 6 heures du soir, grande agitation, chloral.

Le 13, la journée est calme, mais vers 5 heures du soir, la malade est prise d'une violente agitation et d'hallucinations. Elle crie au feu et voit des effets brûler, etc. Cet état dure une demi-heure. A 9 heu-

(1) Communiquée par M. Porak. Inédite.

(2) Les numéros entre parenthèses sont ceux que portent les observations sur les registres de M. Porak.

res du soir, les hallucinations reparaissent. La malade dit qu'on la fait bouillir. Elle voit son mari que l'on fait aussi bouillir, dit-elle. On essaie de lui donner du chloroforme, mais en vain, il est absolument impossible de la tenir immobile.

A minuit, nouvelle crise d'agitation qui dure environ une heure. La malade se tient debout sur son lit ; elle veut se sauver, frappe la veilleuse et menace de griffer tous ceux qui s'approchent. On essaie de la faire coucher, elle s'y refuse absolument. Enfin vers 1 heure du matin, elle finit par s'endormir sur son lit, sans vouloir rien garder sur elle.

Le 15, elle est pâle, souffre de maux de tête. Elle se plaint d'être sourde. Plus d'albuminurie.

Le 16, elle entend mieux. Etat général meilleur.

Le 17, elle entend bien. Plus d'hallucinations. Elle se souvient de ses hallucinations passées et de ce qu'elle a fait dans la période de délire.

Le 30 *mars*, elle sort bien portante.

Obs. X (1). — *Eclampsie* ; *accouchement prématuré* ; *folie puerpérale*. — N...., journalière, 33 ans, entre le 28 août 1890 à la Maternité de Lariboisière (n° 900).

Réglée à 17 ans, d'une façon irrégulière. A eu deux grossesses antérieures, terminées l'une prématurément, l'autre par un accouchement à terme, en 1883.

Elle est enceinte de sept mois. Elle a déjà eu cinq accès d'éclampsie chez elle. Après son entrée à l'hôpital, elle en a encore quatre. A 11 heures 1/4 du soir, on lui fait une saignée de 400 gr. Temp. 38°3. Elle a 10 gr. d'albumine dans l'urine.

Le 29 *août*, à 7 heures du matin, elle accouche spontanément d'un garçon, du poids de 1250 gr., qui ne fait que quelques inspirations. Délivrance naturelle. Pas d'hémorrhagie. Temp. 39°. Depuis, la température a toujours été normale. Le jour même, la malade est atteinte de manie. Elle pousse des cris et s'agite beaucoup. Elle a des idées de persécution.

Le 1er *septembre*, l'agitation est très grande. Mais elle disparaît bientôt. Il reste des traces d'albumine dans l'urine, qui persistent jusqu'à son départ le 22 septembre.

(1) Communiquée par M. Porak. Inédite.

Obs. XI (1). — *Albuminurie ; éclampsie ; accouchement prématuré ; manie ayant débuté pendant la polyurie.* — M..., 27 ans, journalière, entre, le 24 octobre 1888, dans le service de M. Bar, à l'hôpital Tenon, salle Baudelocque, n° 8.

Bonne santé habituelle. Réglée à 15 ans 1/2. Menstruation normale. Deux grossesses antérieures, régulières. Dernières règles, le 1er mars. Vomissements fréquents au début. Ils ont cessé depuis trois mois environ. Depuis cette époque, la malade se plaint de céphalée frontale continue avec exacerbations de temps à autre. Il y a quinze jours, elle a remarqué que sa face et ses jambes étaient œdématiées et elle a souffert de troubles visuels. Voyant ces troubles s'accentuer, elle consulte un médecin qui l'envoie immédiatement à l'hôpital.

La face de la malade est pâle, œdématiée, ainsi que les jambes ; elle se plaint de céphalée frontale intense ; il lui semble qu'un nuage s'étend devant ses yeux. Elle accuse une sensation de barre épigastrique très pénible. Il n'y a ni vomissements, ni diarrhée. La malade répond très nettement aux questions qui lui sont posées. Rien aux poumons ni au cœur.

La femme M... est enceinte de 7 mois. Le fœtus est vivant. Bonne présentation. Le travail n'est pas commencé.

Le 25 *octobre*, même état. Céphalée encore plus intense. La malade porte souvent la main à son front en poussant des plaintes. Depuis 12 heures, 250 gr. d'urine. Le dosage par le réactif d'Esbach donne plus de 7 gr. d'albumine par litre. A 11 heures 1/2 apparaît le premier accès d'éclampsie. Un deuxième à 1 heure 20 et un troisième à 2 heures 1/2. Chloral en lavements. Inhalations de chloroforme jusqu'à 6 heures du soir. A 8 heures, la connaissance revient, mais la malade reste un peu agitée. Temp. normale.

Le 26, à 2 heures 1/2 du matin, 4e accès d'éclampsie. Au moment de la visite, la malade est somnolente et répond à peine aux questions. La céphalée persiste intense. Le toucher provoque une contraction utérine et aussitôt apparaît un accès d'éclampsie. Celui-ci terminé, on pratique le toucher de nouveau, et de nouveau, les convulsions surviennent. Le col est effacé, sa dilatation est du diamètre d'une pièce de 1 fr.

La malade n'a pris depuis hier qu'un litre et demi de lait. Elle a

(1) Inédite. Communiquée par M. Bar.

uriné 250 gr. dans les 24 heures. Urée : 19 gr. par litre. Le chloroforme est administré de 10 heures du matin à 5 heures du soir. L'accouchement et la délivrance ont lieu naturellement à 5 heures 1/2.

Le 27 et le 28, état satisfaisant.

Le 29, trois nouveaux accès d'éclampsie dans la soirée. Urines : 3.000 gr. ; urée : 11 gr. par litre.

Le 30, 2.250 gr. d''urine ; quantité d'urée : 10 gr. par litre.

Le 31, dans l'après-midi, on remarque que le regard est un peu vague, égaré. Urines : 1.750 gr.

Le 1er *novembre*, au moment de la visite, on trouve la malade assise sur son lit, ne se rendant pas compte de ce qu'elle fait. Ses réponses sont incohérentes. Dans l'après-midi elle se lève à plusieurs reprises. Le soir, on la trouve se promenant sur la galerie. Elle voit des bêtes courir sur son lit, des personnes qui la querellent ou qui l'ennuient. Pendant la nuit agitation extrême. La malade veut se lever et il est difficile de la maintenir couchée. On est obligé de lui mettre la camisole de force. Lait : 2 litres. Urines : 1000 gr.

Le 2. Urines : 750 gr. Urée : 21 gr. 777. Lait : 6 litres. Elle a été très agitée, a divagué toute la nuit. Il a été nécessaire de lui laisser la camisole de force. Dans l'après-midi, grand bain tiède d'une durée de 2 heures 1/2. Elle est calme dans le bain, mais l'agitation et le délire recommencent ensuite. 4 lavements froids de 250 gr. ; chloral 4 gr.

Le 3, agitation extrême pendant la nuit (camisole). Dans la journée, la malade quoique plus calme délire encore un peu. Bains d'une durée de 1 heure 1/2.

Le 4, encore un peu de délire, qui bientôt fait place à de l'hébétude. Celle ci disparaît le 7 novembre et la malade sort guérie le 17 novembre. Les températures n'ont jamais dépassé 38°.

Obs. XII (1). — *Éclampsie ; mutisme ; délire, hallucinations ; phénomènes méningitiques ; continuation de la grossesse ; guérison.* — J... Gabrielle, 24 ans, employée au téléphone, entre dans le service de M. Bar, salle d'accouchement, le 4 octobre 1891, à 8 heures 1/2 du matin.

Elle ne parle pas. Les renseignements donnés sur elle sont les

(1) Inédite. Communiquée par M. Bar.

suivants. Elle est enceinte de sept mois environ. Jusqu'alors elle a été bien portante. La veille, elle a été prise vers 11 heures du matin d'une sorte de crise convulsive, puis elle a perdu connaissance et ne parle plus depuis. Les crises sont revenues à quatre heures du matin et depuis cette heure, jusqu'au moment de son entrée, elle en aurait eu six. Elle était nerveuse. Elle avait souvent de petites attaques de nerfs, surtout au moment de ses règles. Dans l'enfance elle aurait eu des crises épileptiformes. A son arrivée, elle ne comprend pas les questions. On observe du nystagmus des globes oculaires qui sont très rapidement agités de mouvements de latéralité. Temp. : 36°3 ; pouls : 88. Pas d'œdème des membres inférieurs. Les urines renferment 25 centigr. d'albumine par litre.

On pense à de l'éclampsie, on met la malade au régime lacté et on lui fait prendre 2 gr. de chloral. Pendant toute la journée, elle reste calme, assoupie. Le soir, vers 4 heures, elle sort un peu de sa torpeur et comprend ce qu'on lui dit. Elle répond par signes. En la pressant de questions, on peut en obtenir quelques mots.

La sensibilité et la motilité sont normales. Dans la journée, la quantité d'urines émises est de 550 gr. A plusieurs reprises, la malade rend le lait quelques instants après l'ingestion.

Au point de vue obstétrical, l'utérus paraît renfermer un fœtus de 7 mois. Il dépasse de 2 à 3 travers de doigt l'ombilic. La tête est mobile au-dessus du pubis ; le dos est à gauche. Les battements du cœur fœtal sont normaux et perçus un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic. Au toucher, col long, collé derrière le pubis ; le doigt peut y pénétrer et arriver sur la tête du fœtus.

5 *octobre.* La nuit a été bonne. La malade a été calme et a pu dormir un peu. De temps en temps, elle a causé aux infirmières. Temp. normale. Encore un léger nuage d'albumine dans les urines. La malade comprend ce qu'on lui dit, mais on ne peut la faire parler. On arrive à lui faire tirer la langue et on remarque sur le bord gauche de cet organe, assez près de la pointe, une petite échancrure qui pourrait avoir été produite par une morsure antérieure. Pendant la journée, la malade est tranquille. Pas de vomissements ; pas de céphalalgie. Elle reconnaît les personnes de sa famille qui viennent la voir et leur cause. Le soir, vers 5 heures, elle est prise d'agitation légère ; elle prononce quelques paroles incohérentes et appelle ses parents. Temp. 37°. Plus d'albuminurie.

A 8 heures du soir, la malade est plus agitée ; elle paraît avoir des hallucinations. 3 gr. de chloral. La quantité des urines émises ne peut être appréciée ; la malade a uriné sous elle sans s'en rendre compte.

6 *octobre*. La malade a été agitée et a crié une partie de la nuit. Le matin, elle a le visage rouge, vultueux, recouvert, ainsi que tout le corps, d'une sueur abondante. Légère inégalité pupillaire ; la pupille gauche un peu plus grande que la droite. Légère contracture des membres et de la nuque. Quelques soubresauts de tendons. On provoque facilement l'apparition de la raie méningitique sur le thorax et l'abdomen qui est légèrement météorisé. Temp. 37°8 ; pouls à 126, avec de fréquentes irrégularités. Pas d'albumine dans les urines. Délire assez calme, sans cris, avec hallucinations. Vers le soir, la malade est moins rouge. La face paraît cyanosée et bouffie. Les sueurs persistent. Elle paraît reconnaître ses parents, mais ne leur dit pas de phrases sensées.

Le soir, à 6 heures, lavement simple, suivi de selles copieuses. T. 39°, P. 132, R. 42. Persistance des contractures. La malade a un peu de mâchonnement et pousse quelques plaintes, mais elle paraît calme.

Du côté du fœtus, on observe les modifications suivantes : à 2 heures, battements du cœur normaux ; à 5 heures, ils sont très rapides, presque incomptables, avec quelques irrégularités. A 10 heures, ils deviennent moins fréquents (180 à 190 à la minute).

7 *octobre*. La nuit a été bonne. La malade est tranquille dans la journée, mais ne prononce que quelques mots. Temp., le matin, 37°4 ; le soir, 36°2.

Le 8, la malade parle assez bien. Elle a perdu le souvenir de tout ce qui s'est passé les jours précédents. Temp. 36°2. Urines de 24 heures, 1 litre, contenant 6 gr. 40 d'urée. Régime lacté.

9, 10, 11, 12, 13 *octobre*. Amélioration graduelle. Pas d'albuminurie. La quantité d'urée augmente.

14 *octobre*. La malade demande à se lever quelques instants depuis plusieurs jours. On l'autorise à passer une heure levée dans l'après-midi. Le soir, à 6 heures moins 5, la malade, qui était dans son lit, pousse tout à coup un cri, sans avoir accusé de malaise antérieur. Puis elle est prise de convulsions. Après la crise, la malade a une respiration stertoreuse, les dents sont convulsivement serrées

et une salive rosée mouille ses joues et l'oreiller. Les pupilles sont égales et non dilatées. T. 36°6 ; P. 120. Émission involontaire des urines. A 6 heures 20, nouvelle crise ; pas de cri, rotation et déviation des globes oculaires, agitation, puis contraction des membres. Ronflement profond à la suite. La malade est touchée. Il n'y a pas de début de travail. Battements du cœur fœtal normaux. A 7 heures moins 5, nouvelle crise identique aux précédentes. 2 gr. de chloral en lavement, dont une partie n'est pas gardée. A partir de ce moment, la malade reste calme. Elle a par instants quelques grincements de dents. Temp. 36°8. Sommeil tranquille. A 10 heures du soir, nouveau lavement identique au précédent.

15 *octobre*. Bonne nuit, pas de crises. Le matin, temp. 36°8 ; pas d'albuminurie. Le soir à 4 heures 1/2, nouvelle crise éclamptique, sans signes précurseurs, sans cri. A la fin de la crise, les pupilles sont égales, mais fortement dilatées. Il y a du nystagmus. La malade est couverte de sueur. Pendant l'attaque, émission involontaire des urines. T. 36°2. 4 gr. de chloral en deux lavements, à deux heures de distance.

16 *octobre*. La malade a dormi tranquillement une partie de la matinée. T. 36°6. Battements du cœur du fœtus normaux. La malade est maintenue sous l'influence du chloral.

17 *octobre*. État normal jusqu'à la sortie, qui a lieu le 21 octobre.

Obs. XIII (1). — *Éclampsie ; accouchement prématuré ; délire hallucinatoire de très courte durée se reproduisant deux jours de suite.* — J.... Marie, femme G..., 22 ans, couturière, enceinte de huit mois, a dix attaques d'éclampsie chez elle, saignée. Entre le 31 octobre 1891 à 8 heures du soir, dans le service de M. Bar, hôpital St-Louis, salle Paul Dubois, n° 23. Elle est dans le coma.

Nouvel accès d'éclampsie à l'hôpital. Lavement de chloral. Inhalations de chloroforme jusqu'à 11 heures du soir. A minuit, accouchement d'un enfant mort. Délivrance naturelle.

Le 3, dans la soirée, elle accuse tout à coup une série d'illusions et d'hallucinations. Elle prend la nourrice pour sa tante, croit voir et entendre son mari faisant du bruit dans le fond de la salle. Elle l'interpelle pour lui imposer silence. Elle croit entendre crier son

(1) Inédite. Communiquée par M. Bar.

enfant dans son ventre. Elle dit qu'elle va accoucher de trois enfants. D'ailleurs elle n'est ni agitée, ni triste. Ces phénomènes durent 3/4 d'heure environ et se reproduisent encore une fois, le lendemain à peu près à la même heure. Les suites de couches ont été absolument régulières, apyrétiques. La sortie a eu lieu le 15 novembre.

Obs. XIV (1). — *Éclampsie : manie ; transport à l'asile Ste-Anne.* — L..., 26 ans, journalière, primipare, entre le 28 avril 1888 à l'hôpital Tenon. Accouchement spontané d'un enfant mort-né, du sexe masculin, pesant 1700 gr Délivrance naturelle. Eclampsie pendant le travail. Atteinte de manie. Températures normales. Conduite le 15 mai 1888 à l'asile Ste-Anne.

Obs. XV. — Vanden Bosch (*Accouchement naturel ; hémorrhagie ; délire violent ; guérison. — J. de méd., chir. et pharmacol.*, Brux., 1888, LXX, 456). — Femme de 32 ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, mais nerveuse. Quatre premières grossesses normales. Hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta dans le cours de la 5e, qui se termina par un accouchement au 8e mois, suivi immédiatement d'un délire violent qui dura deux heures.

Dans la grossesse actuelle, bonne santé, pas d'albuminurie. Accouchement à terme, un peu lent, suivi d'une hémorrhagie abondante, arrêtée à l'aide du seigle ergoté. Tout à coup, la malade est atteinte de délire violent. Il y a de l'agitation. Le regard est irrité. Tentatives pour sortir du lit. Parole saccadée, pleurs. Elle ne répond pas aux questions. Les pupilles sont contractées, le front est en sueur, la face rouge. La malade parle constamment d'une personne (morte) qui l'attend. Après 4 à 5 minutes, elle revient bien à elle, mais les membres sont de temps en temps secoués par des mouvements nerveux. Puis la scène recommence, mais plus violente. Et ainsi de suite, calme et délire, 9 fois en 2 heures. Entre les dernières attaques, coma. Le lendemain, ces accès se répètent le matin et le soir, chaque fois pendant environ deux heures. Depuis guérison complète. L'urine n'a pas été examinée à ce moment. Il n'y avait pas d'œdèmes.

(1) Inédite. Résumé communiqué par M. Bar.

II. — Folies puerpérales en rapport avec des phénomènes infectieux.

Obs. XVI. — Planchon (*Observation sur une manie survenue à une femme le huitième jour de ses couches. — J. de méd., chir., pharm.*, etc., Par., 1768, XXVIII, 215). — Malade ayant eu un accouchement laborieux ; quelques jours après, tension, gonflement et engorgement des seins. Fièvre. Délire maniaque d'une durée de un mois. Abcès gangréneux de la cuisse. Mort.

Obs. XVII. — Planchon (*Eod. loc.*, p. 223). — Quelques jours après l'accouchement une malade est atteinte d'inflammation de l'utérus. Tension, douleur du bas-ventre. Fièvre. Délire « mélancolico-maniaque », dit Planchon. La malade ne cesse de parler. Ton de voix plus élevé. Insomnie. Mobilité extrême des idées. Guérison après 8 à 10 jours.

Obs. XVIII. — Bérard (*Manie suite de couches. — Gaz. d. hôp.*, Par., 1843, 2e s., V, 302). — Primipare. Trois semaines après les couches, abcès du sein droit. En même temps, propos extravagants. Elle rit ou chante, tantôt des chansons obscènes, tantôt des cantiques ; elle querelle les autres malades ; elle refuse de répondre aux questions.

Obs. XIX. — Motet (*Manie puerpérale. — Monit. d. sc. méd. et pharm.*, Par., 1859, VII, 52). — Femme de 28 ans, bons antécédents, accouchement normal. Huit jours après, désordre dans les idées, visions effrayantes. Se cache sous ses draps. Veut se lever. A cherché à se jeter par la fenêtre. En même temps, symptômes de fièvre. Pas de cris, mais mouvements désordonnés. On peut cependant fixer un moment l'attention. Fièvre intense. Bientôt état ataxo-adynamique et mort.

A l'autopsie, méninges et cerveau vivement congestionnés. A la coupe du cerveau, on trouve des caillots noirs adhérents aux parois des capillaires. « Caillots évidemment antérieurs à la mort, véritables phlébites des vaisseaux capillaires », dit Motet. Autres organes paraissant sains.

Obs. XX. — Allix (*loc. cit.*). — Femme de 26 ans, accouchée il y a un mois. Hémorrhagies les jours qui suivent l'accouchement. A son entrée à l'hôpital, agitation. Paroles et actes désordonnés. Idées très mobiles. On cherche à lui nuire, mais elle est très puissante. Hallucinations. Croit voir sa maison en flammes. Pleure son enfant qu'elle croit mort. Fièvre intense, ventre non ballonné. Organes génitaux non examinés. Mort deux jours après son admission.

A l'autopsie, sinus utérins, trompes, vaisseaux et ganglions lymphatiques pelviens remplis de pus. Volumineux abcès ganglionnaires en arrière et à gauche du rectum. Autres organes sains.

Obs. XXI. — Derevoge (*De la fièvre puerpérale compliquée de manie aiguë.* — Th. de Paris, 1873). — Femme de 27 ans. Accouchement normal. Délivrance artificielle. Fièvre le soir même. Le 3e jour, idées délirantes. Chants, propos incohérents. Ptyalisme. La malade ne reconnaît plus ceux qui l'entourent, ne veut plus s'alimenter. Elle cherche à se lever. Bientôt, signes de péritonite et mort. A l'autopsie, perforation de l'utérus, pus dans les sinus, péritonite.

Obs. XXII. — Donadieu (*Union méd.*, Par., 1874, 3e s., XVII, 288). — Secondipare de 24 ans. Accouchement normal. Fièvre, ballonnement du ventre. Le 12e jour après les couches, excitation maniaque avec idées mélancoliques. Hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et du goût. Repousse les aliments, cherche à frapper les infirmières. Cris, frayeurs. On lui introduit des chiens dans le corps ; elle voit le diable, l'enfer. Vingt jours après le début du délire, celui-ci se modifie. Subdélirium, loquacité. Voix tremblante, demi-coma. Soubresaut de tendons, carphologie. Mort cinq jours après la modification de l'état mental.

A l'autopsie, abcès de l'ovaire gauche. Pus dans les sinus utérins. Péritonite purulente. Phlébite de la veine crurale droite. Autres organes sains.

Obs. XXIII. — Bottentuit (*De la manie des nouvelles accouchées*, obs. III. — *Union méd.*, Par., 1874, 3e s., XVII, 442). — Secondipare de 28 ans. Entre à l'asile Ste-Anne quinze jours après son accouchement. Manie puerpérale avec agitation, désordre dans les

idées et les actes. Propos incohérents. Voit un tableau de St Joseph, son mari mort entre ses bras, etc. Dit s'appeler Ste Eugénie, annonce qu'elle distribuera de l'argent aux pauvres. Fièvre. Pendant un mois, même état ; puis phlegmatia alba dolens à la jambe gauche et à la jambe droite, douleurs dans le bras droit. La fièvre augmente ; muguet ; mort deux mois après l'admission.

A l'autopsie, cerveau pâle, méninges opalines ; caillots dans les veines crurales et iliaques primitives remontant dans la veine cave. Le centre du caillot est transformé en pus. Infarctus dans les poumons.

Obs. XXIV. — Béhier (*Délire puerpéral* ; etc. — *Gaz. d. hôp.*, Par., 1875, XLVIII, 354, 377). — Jeune fille de 18 ans. Bons antécédents, accouchement pénible suivi d'accidents locaux (Béhier ne précise pas) avec grands frissons et fièvre. Quinze jours après l'accouchement, délire lypémaniaque avec hallucinations. On lui a jeté un sort ; on lui fait voir la mort ; on l'a vouée au diable, etc. Elle voit constamment des mouches autour d'elle, les entend bourdonner et les sent entrer par les oreilles et par des trous qu'elle prétend avoir sur la tête. Insomnie absolue. Indifférence pour son enfant. Guérison, suivie de rechute.

Obs. XXV. — Pr Peter (*Sur la manie puerpérale. — France méd.*, Par., 1875, XXII, 481 et *Leçons de clinique médicale*, Par., 1879, II, 679). — Multipare de 29 ans. Une sœur folle après une grossesse. Accouchement par le forceps. Le soir même, fièvre. Ballonnement du ventre, utérus douloureux. Dix-sept jours après l'accouchement, délire subit. Se lève, pousse de grands cris, chante ses prières. Veut étouffer son enfant. Voit une grande clarté. Trois jours après, guérison de la folie, continuation du processus infectieux.

Obs. XXVI. — Reibel (*De la folie puerpérale.* — Th. de Paris, 1876, obs. I). — Femme en travail. Procidence du cordon. Réduction de la procidence. Accouchement. Le 2e jour, fièvre intense, douleur aux hiles de l'utérus. Le 4e jour, accès de folie aiguë, délire de persécution, hallucinations. Le lendemain, mort par péritonite.

Obs. XXVII. — Reibel (*Eod. loc.*, p. 30). — Accouchement nor-

mal. Dix jours après, mouvement fébrile. On trouve dans le vagin des eschares remontant jusqu'au cul-de-sac vaginal. Péritonite, manie avec érotisme prononcé. Le 12e jour, abcès profond sous-mammaire qui est ouvert. Mort.

Obs. XXVIII. — Cortyl (*Etude sur la folie puerpérale.* — Th. de Paris, 1877, obs. IX). — Femme de 25 ans, dont la mère est aliénée. Trois jours après l'accouchement, fièvre, douleurs abdominales intenses. Délire furieux avec hallucinations de la vue, de l'ouïe et du goût. Mort rapide après des symptômes de péritonite.

A l'autopsie, fausses membranes sur les épiploons. Injection du péritoine. Surface interne de l'utérus couverte d'une bouillie fétide. Légère infiltration sanguine du cerveau. Autres organes sains.

Obs. XXIX. — Garcia-Rijo (*Contribution à l'étude de la folie puerpérale.* — Th. de Paris, 1879, obs. VIII). — Multipare de 22 ans. Sept ou huit jours après un accouchement normal, délire, chants, cris, hallucinations. Se voit entourée de flammes, aperçoit des pompiers. Prédominance des idées de persécution. Agitation vive. En même temps fièvre vive, ballonnement du ventre qui est douloureux. Amélioration de l'état mental, sans que la fièvre et les phénomènes infectieux aient diminué d'intensité.

Obs. XXX. — Garcia-Rijo (*Eod. loc.*, obs. XXIX). — Une femme, sans antécédents fâcheux, est atteinte de délire avec fièvre intense après une fausse couche. Agitation extrême, tremblement général, propos sans suite, terreurs. Hallucinations probables : « Voyez les cochons », dit-elle. Deux jours après son entrée à Ste-Anne, mort.

A l'autopsie, congestion des méninges et du cerveau. Pus dans les sinus utérins. Vaste foyer purulent sur la face dorsale de l'avant-bras gauche.

Obs. XXXI. — Garcia-Rijo (*Eod. loc.*, obs. XXIX *bis*). — Femme accouchée depuis 15 jours. Albuminurie, fièvre, ballonnement du ventre, état grave. En même temps, délire, exaltation, hallucinations pénibles, loquacité, insomnie. Trois jours après son entrée à Ste-Anne, état comateux, secousses dans les doigts, mouvements convulsifs de la face, sueurs profuses et mort.

A l'autopsie, méninges injectées, cerveau sain. Muqueuse utérine couverte de pus et de pseudo-membranes. Caillots rougeâtres dans les sinus et dans la veine fémorale dont la tunique interne est d'un rouge sombre.

Obs. XXXII. — Delaye (*Folie puerpérale grave; températures très élevées...*, etc. — *Gaz. hebd. d. sc. méd. de Bordeaux*, 1880, I, 298). — Femme de 20 ans. Accouchement à 7 mois 1/2. Quelques jours après, délire, agitation des plus vives. Chants, cris, etc. Hallucinations terrifiantes. Voit des personnes qui veulent l'empoisonner. Bientôt fièvre intense. Douleurs hypogastriques. Lochies fétides. Pendant un mois les températures se maintiennent élevées et le délire continue avec des hallucinations constantes. Puis celles-ci se calment, font place à un léger délire maniaque qui disparaît peu à peu. Trois mois et demi après le début des accidents, guérison.

Obs. XXXIII. — Martin (*Etude sur la folie puerpérale.* — Th. de Lille, 1880, p. 30). — Accouchement remontant à dix jours. Agitation continuelle, hallucinations de la vue et de l'ouïe. Fièvre très élevée. Constipation, vomissements, douleurs abdominales, météorisme. Mort, 4 à 5 jours après l'entrée à l'asile. A l'autopsie, péritonite.

Obs. XXXIV. — Caron (*Manie puerpérale compliquée de septicémie puerpérale; guérison.* — *J. des sages femmes*, Par., 1881, IX, 290). — Primipare de 22 ans. Pas d'hérédité. Caractère triste. Pas d'albuminurie. Accouchement facile et normal, à terme. Le lendemain, douleurs abdominales, fièvre; puis délire violent, cris, chants, agitation. Se lève et veut se jeter par la fenêtre. La fièvre et les douleurs abdominales ne cessent que neuf jours après l'accouchement. Le délire dure deux mois.

Obs. XXXV. — Pilat (*Infection puerpérale; urticaire au huitième jour; hallucinations; guérison par crise.* — *J. des sages-femmes*, Par., 1882, X, 114). — Se ondipare. Accouchement normal. Fièvre. Ventre douloureux et distendu. Six jours après l'accouchement, agitation violente, hallucinations. Voit du monde autour de son lit, la salle éclairée à la lumière électrique. Se lève effrayée et

demandant du secours. Deux jours après, guérison subite, en même temps qu'apparaît de l'urticaire.

Obs. XXXVI. — Pr Ball (*De la folie puerpérale. — Tribune méd.*, Par., 1882, XIV, 137, 147). — Primipare de 22 ans. Grossesse et accouchement normaux. Abcès du sein. Le 9e jour après l'accouchement, délire. Se lève, s'agite. Propos incohérents. Sort et distribue de l'argent à la foule. Injurie ceux qui s'approchent d'elle. Indifférence pour son enfant.

Obs. XXXVII. — Pilat (*Infection puerpérale avec délire maniaque*, etc. — *J. d. sages-femmes*, Par., 1883, XI, 195). — Multipare de 38 ans. Accouchement facile à terme. Trois jours après, douleurs aiguës dans l'abdomen, ballonnement, fièvre. Streptocoques dans les lochies. Au 6e jour, délire, agitation vive, paroles incohérentes et incessantes. Veut se lever, n'a plus conscience de son état. Yeux hagards, face animée. Vomissements porracés. Stupeur. Mort.

A l'autopsie, péritonite purulente ; pus dans les trompes, les ligaments larges. Infection des méninges.

Obs. XXXVIII. — Aubiban (*Etudes sur quelques variétés d'ostéophytes de la grossesse*, etc. — Th. de Par., 1883, p. 19, obs. II). — Primipare de 31 ans, nerveuse. Préoccupations sur l'issue de sa grossesse. Accouchement normal. Le lendemain, fièvre et, en même temps, délire loquace. Se plaint d'être en but aux obsessions de ses voisines. Poursuit du doigt, en regardant à terre, des objets d'hallucinations sur lesquels elle refuse de s'expliquer. Répond assez nettement aux questions. De temps en temps cris de terreur. Il y a une sorte de logique, de raisonnement dans les idées, mais une incohérence réelle dans leur association. Réussit à se lever et à s'enfuir. Les moments où le délire est le plus violent ne sont pas ceux où la fièvre est la plus vive.

Mort, avec des signes de péritonite, dix jours après l'accouchement. A l'autopsie, pus dans le péritoine. Infarctus pulmonaires. Sur les circonvolutions de la région sphénoïdale de l'hémisphère droit, une plaque osseuse adhérente à la pie-mère et pénétrant dans tous les sillons de la surface du cerveau. Cet ostéophyte, au point de vue histologique, offre tous les caractères du véritable tissu osseux.

Obs. XXXIX. — Olshausen (*loc. cit.*, p. 375). — Primipare de 19 ans. Accouchement normal. Dès le 2e jour, fièvre, qui devient bientôt intense. Pas d'autres symptômes d'infection. Le 4e jour des suites de couches, violente excitation psychique. Hallucinations continuelles. Bientôt, apathie. Mort le 12e jour après l'accouchement.

A l'autopsie, méninges congestionnées ; pachyméningite et hémorrhagies ponctiformes sur l'hémisphère droit. Taches laiteuses de l'arachnoïde. Cerveau œdématié et congestionné. Liquide trouble dans les plèvres. Infarctus suppurés dans le poumon gauche. Exsudat fibrineux sur le péritoine, qui contient 500 c. c. de liquide. Abcès dans les ovaires, et dans le ligament large gauche. Autres organes sains.

Obs. XL (1). — *Application de forceps ; fièvre pendant les suites de couches ; manie puerpérale ; transportée à Ste-Anne.* — J..., 27 ans, couturière, primipare, entre à la Maternité de l'Hôpital St-Louis, le 31 décembre 1888 (n° 589) (2).

Dernières règles le 29 mars. Au début de la grossesse, nausées, vomissements. Membranes rompues spontanément le 29 décembre. Premières douleurs le 30 décembre à 6 heures du soir. Le 31, à 2 heures 1/2 du soir, on applique le forceps et on dégage le sommet en OS. Garçon vivant du poids de 4.000 gr. Délivrance naturelle. Déchirure de la cloison recto-vaginale.

Au moment de son entrée, la malade avait 39°4 de temp. Les jours suivants, la temp. oscille, le matin entre 37°4 et 39°6, le soir entre 38° et 40°4. La malade souffre de douleurs dans le ventre, etc.

Le 19 janvier, la malade qui, auparavant, était obsédée d'idées tristes et pleurait continuellement, est prise de conceptions manifestement délirantes. Elle prétend qu'elle a travaillé la nuit, alors qu'elle a dormi. Elle ne paraît pas avoir d'hallucinations. A partir du 25 janvier, le délire devient plus intense, quoique la température tombe à la normale le 27 janvier pour ne plus s'élever. Le 6 février, la malade est transférée à Ste-Anne.

Obs. XLI (3). — *Grossesse gémellaire ; accouchement prématuré ; suites de couches fébriles ; délire furieux.* — J.... Maria, 29 ans.

(1) Communiquée par M. Porak. Inédite.
(2) Voyez la note (2) de la page 66.
(3) Communiquée par M. Porak. Inédite.

femme de chambre, primipare, entre le 3 juillet 1889, à l'hôpital St-Louis, service de M. Porak, étant enceinte de six mois.

Sa grossesse a été normale. Les premières douleurs apparaissent le 2 juillet à midi. L'accouchement se termine spontanément le 3 juillet, à 10 heures du matin, par l'expulsion de deux jumeaux nés tous les deux par le siège. Délivrance naturelle.

Le 7 et le 9 juillet, les températures du soir furent 39°4 et 39°2. Toutes les autres températures sont normales.

La femme J.. fut bientôt atteinte de manie furieuse et envoyée à l'asile Ste-Anne le 11 juillet.

Obs. XLII (1). — *Accouchement prématuré ; hydramnios ; difformité de l'enfant ; phlébite légère du membre inférieur gauche ; manie puerpérale.* — Joséphine D..., femme P..., domestique, primipare, âgée de 27 ans, entre à Lariboisière, dans le service de M. Porak, le 25 août 1890 (n° 902).

Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Réglée à 14 ans. Menstruation normale. Il y a quatre ans, la malade fut soignée pendant un mois à l'Hôtel-Dieu. Elle avait de violents maux de tête, elle souffrait de la gorge, et perdait ses cheveux. Cependant, actuellement pas de traces positives de syphilis.

La femme P... est enceinte de huit mois. Symptômes d'hydramnios abondante. A l'examen du cœur de la malade on trouve le premier bruit prolongé. Rien aux poumons. Un nuage d'albumine dans l'urine.

Début du travail le 25 avril. Le 29, accouchement normal ; délivrance naturelle. Enfant mort peu après sa naissance, présentant des difformités (ankyloses des articulations métacarpo-phalangiennes). Il y avait six litres de liquide amniotique.

Le 1er septembre, les lochies sont fétides.

Le 2, la tempér. s'élève à 38°2 le soir.

Le 4, la malade a un frisson et est isolée.

Irrigation continue, puis injections intra-utérines. Temp. : 38°.

Le 7, apparaît du délire à forme alternativement gaie et triste. Rires et larmes. Agitation, emportement. Insomnie. Plus d'albuminurie. Temp. : 37°8, le matin ; 38°2, le soir.

(1) Communiquée par M. Porak. Inédite.

Le 8, T. : 38°4, — 39°3.

Le 9, T. : 38°2, — 38°6. Depuis, températures normales.

Le 12 *septembre*, la malade est transférée à Ste-Anne. Elle a le teint pâle, les muqueuses légèrement décolorées. Souffle anémique à la base du cœur, son facies est celui des aliénés. Ses pupilles sont larges, dilatées, sa langue saburrale. L'abdomen est souple ; la palpation détermine une certaine douleur au niveau du ligament latéral gauche. Rien dans les seins. Le membre inférieur gauche est œdématié. Pas de cordon veineux net.

Obs. XLIII (1). — *Accouchement prématuré provoqué ; tentatives infructueuses de forceps ; version ; infection purulente ; délire violent avec hallucinations ; mort.* — D..., Henriette Marie, âgée de 35 ans, blanchisseuse, entre à l'Hôpital des Cliniques le 29 décembre 1873, lit n° 30.

Antécédents héréditaires inconnus. La malade n'a marché qu'à cinq ans. La menstruation s'est établie à 14 ans. Elle est régulière. Premier accouchement en 1870, difficile, terminé par le forceps ; enfant mort. Deuxième accouchement en 1873, aussi pénible que le premier ; forceps ; enfant mort.

La malade est actuellement enceinte de huit mois environ. Traces manifestes de rachitisme. Diamètre antéro-postérieur du bassin de 7 cm. 1/2.

L'accouchement prématuré est jugé nécessaire. Pour le pratiquer, on applique l'éponge préparée le 6 janvier. Le soir, le travail se déclare et le 7 à 9 heures du soir les membranes se rompent spontanément. On constate une procidence du bras gauche, avec présentation du sommet. Tentatives d'application de forceps abandonnées à cause de la difficulté qu'elles rencontrent. Version le 7 janvier à 11 heures du soir. La tête franchit difficilement le détroit supérieur. Enfant mort.

Le 9 *janvier*, à 4 heures du soir, la malade est prise d'un frisson intense. Le pouls est à 120. A 5 heures 1/2 se montrent des convulsions toniques des membres supérieurs. Les avant-bras sont violemment contractés et ramenés dans l'axe du corps. Il y a aussi du trismus, mais les traits ne sont pas déviés et la sensibilité est intacte. La

(1) Communiquée par M. Doléris. Inédite.

face est pâle et les lèvres violacées. La malade bégaie et a perdu la notion exacte des objets extérieurs. Après trois quarts d'heure, cet état fait place à la résolution complète. L'intelligence reste un peu obtuse et le bégaiement persiste. Délire violent toute la nuit, avec hallucinations.

Le 10, température très élevée, pouls : 120. Face vultueuse. Intelligence obtuse.

Le 11, pouls aussi fréquent. Alternance de coma et de convulsions. La défécation et la miction sont involontaires. Les pupilles sont dilatées ; les traits empreints d'hébétude. Les nuits sont toujours troublées par un délire continu.

Le 12, températures encore très élevées. Face pâle, lèvres violacées, langue sèche, fuligineuse. La malade parle toujours difficilement, mais il y a des moments de connaissance assez complète. A ces moments lucides, succèdent des périodes de coma profond et des périodes de délire avec agitation désordonnée des membres, éblouissements et hallucinations. Délire et insommie toute la nuit.

Le 13, même état. Fièvre intense. Escharе au sacrum.

Le 14, à 6 heures du soir, mort.

Autopsie (résumée). — Méninges saines, sans épaississement ni infiltration. Liquide céphalo-rachidien normal.

Cerveau : hémorrhagies ponctiformes, disséminées surtout sur les lobes sphénoïdaux. Suffusion hémorrhagique en nappe mince sur la partie externe du lobe frontal de l'hémisphère droit. Base du cerveau saine.

Péricarde injecté, contenant un peu de liquide sanguinolent. Cœur rempli de sang liquide ; ses fibres sont pâles, exsanguës. Dans le poumon droit, tubercules au sommet ; dans le gauche, infiltration sanguine du volume d'une noix sur le bord antérieur du lobe supérieur. Péritoine injecté, surtout au niveau du bassin où le feuillet viscéral présente des exsudats fibrineux abondants avec quelques adhérences lâches. Trompes injectées. Utérus : vaste contusion et plaque hémorrhagique considérable au niveau de la partie droite de la base. A la coupe, les sinus sont gorgés de pus, surtout au point correspondant à la contusion.

Obs. XLIV (1). — *Accouchement normal ; infection purulente délire aigu ; mort.* — D...., Christine, 31 ans, domestique, entre à

(1) Communiquée par M. Doléris. Inédite.

l'Hôpital des Cliniques, le 6 janvier 1874, lit n° 18 (plus tard au lit n° 26).

Est entrée deux mois avant son accouchement avec un prolapsus utérin. C'est une multipare. Elle accouche normalement le 19 mars à 9 heures 1/2, après un travail de 11 heures.

L'accouchement a déterminé des eschares vulvaires considérables. La fièvre apparaît dès les premiers jours des suites de couches. Au bout de trois jours, dans la nuit du 23, après des frissons intenses répétés, éclate un accès de délire aigu. Cris, chants continuels, loquacité intarissable, mouvements désordonnés. La malade veut se lever. Elle laisse écouler sa salive Sa langue est sèche.

Dans la journée le calme est relatif, la face turgescente, la langue sale, la parole embarrassée. Il persiste du subdelirium. La nuit suivante, le délire violent reparaît.

Les mêmes phénomènes se reproduisent les jours suivants, mais bientôt l'infection purulente fait des progrès et la malade meurt dans le coma, le 31 mars.

Autopsie (résumée). — Il y a du pus dans la cavité péritonéale, surtout dans le petit bassin. La trompe droite est remplie de pus. Masse suppurée dans le ligament large, formée par un paquet de veines atteintes de phlébite.

La muqueuse utérine forme une bouillie noirâtre. On trouve du pus dans les sinus.

Le poumon droit est congestionné. Au cœur, on trouve la valvule mitrale insuffisante.

Les méninges sont louches, surtout le long des vaisseaux et de la scissure de Sylvius où elles sont complètement opaques et de couleur laiteuse. En ces points, elles sont aussi très épaissies, mais se détachent facilement du cerveau. Cet aspect des méninges existe sur la face convexe et à la base des hémisphères cérébraux, ainsi que sur les faces supérieure et inférieure du cervelet. La substance cérébrale est normale.

Les reins sont congestionnés.

Obs. XLV (1). — *Présentation du siège ; extraction avec le crochet mousse ; perforation du crâne ; infection purulente ; manie*

(1) Communiquée par M. Doléris. Inédite.

puerpérale aiguë ; mort. — J..., femme G..., 26 ans, gantière, entre le 6 mars 1874 à l'Hôpital des Cliniques, n° 35.

Hérédité inconnue. La malade ne présente pas d'antécédents syphilitiques ou tuberculeux. Il y a trois ans, premier accouchement qui fut pénible. Le travail a duré 48 heures et, à la suite, la malade a dû rester alitée pendant 13 mois, souffrant d'une incontinence d'urine et du passage des matières par le vagin.

A l'entrée de la malade, la grossesse est à terme et le travail dure depuis deux jours. Les membranes sont rompues de la veille ; la dilatation est complète. On constate une présentation du siège avec procidence de la main gauche. L'enfant est mort. Il existe une bride cicatricielle circulaire dans le vagin. On la détruit par quatre incisions.

Le 7, on extrait l'enfant à l'aide du crochet mousse. Pour faire passer la tête, on est obligé de la perforer. L'enfant est macéré et pèse 2.800 gr. Le soir, la tempér. est de 38°2, le pouls de 102. Dans la nuit, deux frissons.

Le 8 *mars.* Utérus volumineux, douloureux à gauche. P. : 124, T. : 39°8.

Le 9, frisson le matin. Paroi abdominale plus tendue. La malade se plaint de douleurs de ventre intolérables. Pas de nausées ni de vomissements. Utérus sensible. Incontinence d'urine. Face pâle ; toux gênante. A l'auscultation râles sous-crépitants aux sommets. P. : 104, T. : 39°4.

Le 11, même état, un peu de nausées.

Le 13, un frisson prolongé suivi de sueurs, de quelques nausées et de vomissements. A 6 heures 1/2 du soir, crise de manie aiguë à début brusque. La femme G... se plaint de douleurs atroces dans la tête, crie, veut se lever, s'en aller. Elle a des idées de persécution, croit qu'on veut la tuer et est dans un état d'exaspération extrême. Toute la nuit agitation et délire. P.: 88, T.: 37°4.

Le 14, elle est calme le matin, mais le délire persiste. La mémoire paraît intacte, mais la malade dit qu'on a tenté de l'empoisonner et qu'on veut encore le faire. Aussi refuse-t-elle de manger. Insomnie. P.: 116, T. : 40°.

Le 15, délire tranquille. La malade mange un peu. La connaissance est conservée, mais il y a quelques idées fixes. Pouls très fréquent : 124, T. : 40°2. Langue et narines sèches, fuligineuses.

Le 16, l'état s'améliore. P. : 84, T. : 37°4.

Le 17, la raison est presque complètement revenue. Les symptômes physiques s'étaient aussi améliorés, mais le soir, un violent point de côté survient à droite. P. : 68, T. : 37°6.

Le 18, matité, souffle sans égophonie a la base du poumon droit. Urines albumineuses. P. : 112, T. : 40°6.

Du 19 *au* 24 *mars*, l'état reste le même.

Le 25, apparaissent des vomissements porracés. P. : 102, T. : 37°2.

Le 26, langue et narines fuligineuses ; peau sèche. Pouls petit. Vomissements continuels. Ventre plus douloureux. Stertor. P. 112, T. : 37°2.

Le 27, même état. P. : 124.

Le 28, à 3 heures du matin, mort.

Autopsie (résumée). — Il n'y a pas trace de péritonite. On trouve une collection purulente dans chaque ligament large. Les trompes contiennent beaucoup de pus enkysté. La muqueuse utérine forme une bouillie noirâtre infecte.

La substance corticale des reins est graisseuse, la substance médullaire congestionnée.

Les poumons sont congestionnés à la base. Du côté droit, trois abcès métastatiques dans le parenchyme pulmonaire.

Le cerveau est anémié, avec de la méningite ancienne. Les méninges sont épaissies considérablement, mais se détachent bien de la substance cérébrale. Le foie est sain.

Obs. XLVI (1). — *Accouchement normal ; infection purulente ; délire aigu ; mort ; abcès du cerveau.* — B.... Désirée, 27 ans, couturière, entrée le 12 mai 1874 à l'Hôpital des Cliniques, lit n° 32.

La malade présente une atrophie complète du membre inférieur droit. Son accouchement a été normal. Au début des suites de couches, un appareil fébrile grave est constaté, avec frissons, langue saburrale. Le 3e jour, apparaît du subdelirium, accompagné de céphalalgie. Le délire est monotone ; après trois jours de durée, il devient aigu, avec cris, mouvements désordonnés. La face est turgide, la fièvre intense, l'insomnie complète, l'anorexie absolue. Il y a en outre de l'anurie.

(1) Communiquée par M. Doléris. Inédite.

En même temps, la malade se plaint d'un point de côté à droite et on constate les signes d'une pneumonie superficielle. Bientôt le coma apparaît, avec des troubles de la vision, une contraction énorme de la pupille et la malade meurt le 19.

Autopsie (résumée). — Abcès métastatiques nombreux, superficiels, à la face postérieure du poumon droit. Un abcès dans le foie. Reins congestionnés.

Dans le lobe frontal de l'hémisphère cérébral droit, il existe un abcès du volume d'une noisette. Autour de ce foyer, congestion intense du tissu cérébral.

Obs. XLVII (1). — *Application de forceps ; fœtus hydrocéphale ; infection puerpérale ; pleurésie, péricardite ; folie puerpérale ; guérison.* — P..., Rose, 25 ans, domestique, entre le 16 décembre 1884 à la Clinique d'accouchements, lit n° 33.

Antécédents héréditaires. — Père mort phtisique à 42 ans. Mère morte de la même affection à 30 ans. Le père et la mère étaient cousins germains. Du côté paternel, grand'mère n'offrant rien de particulier. Grand-père un peu original sur la fin de sa vie. Trois tantes et quatre oncles ne présentant rien à noter. Du côté maternel, grands-parents inconnus. Trois tantes et quatre oncles sans particularités à noter. Rien à signaler chez les cousines et cousins germains.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans l'enfance. A 12 ans, a perdu un peu de sang. Toutefois, la menstruation ne s'est établie qu'à 17 ans 1/2. A 18 ans, la malade est devenue enceinte pour la première fois. Grossesse normale. Naissance à terme d'un garçon de 4.500 gr. Le travail n'aurait duré qu'une demi-heure. Quatre jours plus tard, P... se levait. De 19 à 24 ans, un peu de leucorrhée, menstruation normale, mais migraines, épistaxis et hémoptysies assez fréquentes.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 8 au 12 mars 1884. Etant enceinte d'un mois, la malade a eu une perte de sang ayant duré un jour et une nuit. Deux ou trois jours après, elle ressentit des douleurs dans le bas-ventre, douleurs qui depuis ont toujours continué et qui se produisent dans la position assise ou couchée.

(1) Communiquée par M. Doléris. Inédite.

Étant debout, P... n'en sent aucune. Les mictions, qui sont fréquentes, atténuent ces douleurs.

Au troisième mois de la grossesse, deuxième hémorrhagie qui dura le même temps que la première. Au sixième mois, nouvelle hémorrhagie.

Après avoir eu deux crises de nerfs au début de la grossesse, vers la fin de novembre elle en eut une troisième qui dura vingt minutes. Elle a pleuré, ressenti de l'oppression avec une sensation de constriction à la gorge, puis s'est débattue (?). Dans les premiers jours de décembre, douleur et légère parésie du membre inférieur droit. Vers le 5 ou le 6 décembre, P... aurait soustrait du chloroforme et se serait anesthésiée, au dire de sa maîtresse. Pendant sa grossesse, elle ne mangea ni viande, ni œufs, mais prit seulement du fromage, des légumes, de la salade, des fruits et comme boisson de l'eau.

Accouchement. — Les membranes se rompent prématurément le 20 décembre à 10 heures du matin. Les premières douleurs apparaissent le même jour à 7 heures du soir. L'enfant se présente par le sommet en OIDP. La dilatation est complète le 21 à 8 heures 1/2. On ne sent au toucher qu'une vaste fontanelle. M. Doléris fait une application de forceps à la vulve et extrait au bout de quelques minutes un fœtus mort, hydrocéphale, du sexe masculin, du poids de 3750 gr. La durée du travail a été de quinze heures. La délivrance s'est faite naturellement.

Suites de couches. — 23 *décembre.* Facies vultueux, soif vive, abattement général, douleurs dans les fosses iliaques, diarrhée. Subdelirium dans la nuit. Tempér. : 39° le matin, 40°4 le soir. P. : 120.

Le 24, subdelirium le matin. Ventre douloureux, surtout à gauche ; diarrhée. La jambe gauche est insensible (par compression des troncs nerveux). Le matin, T. : 40°4, P. : 120. Malgré deux pilules d'opium de 5 gr., subdelirium et insomnie toute la nuit.

Le 25, tempér., le matin : 40°, P. : 100. Mêmes phénomènes ; de plus, on constate de la dyspnée et à l'auscultation, des râles sous-crépitants aux deux bases, du souffle à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du poumon gauche.

On fait une injection intra-utérine ; le liquide qui revient est légèrement fétide. Les grandes lèvres sont tuméfiées.

Le soir, T. : 40°2. Dyspnée, cyanose des lèvres et de la face. On constate au cœur un frottement péricardique au moment de la sys-

tole et en outre un souffle au premier temps et à la pointe ; au poumon droit, de l'égophonie et du souffle dans le tiers inférieur ; la matité remonte jusqu'au tiers supérieur. Le poumon gauche présente des râles sous-crépitants dans toute son étendue. Traitement convenable des lésions pulmonaires et cardiaques ; trois injections intra-utérines.

Le 26, le facies est moins grippé, la dyspnée moins intense. On trouve, au poumon gauche, de la submatité à la base, des râles sous-crépitants dans la même région, du souffle en arrière à la partie moyenne et des râles sibilants dans toute la hauteur. Au poumon droit il n'y a plus de matité qu'à la base ; le souffle, l'égophonie ont disparu ; mais le murmure vésiculaire est à peine perceptible à travers les frottements pleuraux. Les bruits du cœur sont moins tumultueux, mais on entend encore les frottements péricardiques. La malade est agitée, se voit poursuivie par des gendarmes ; ses voisines l'accusent, dit-elle, de tentatives d'avortement. Elle s'en défend et veut se lever. Le matin, la tempér. est de 39°8 ; le soir, de 40°4. Pouls : 120.

Le 27, le délire s'accentue. P... se croit poursuivie et repousse ceux qui l'approchent. Les signes physiques disparaissent. On entend quelques râles crépitants à la base du poumon gauche et il y a dans cette région une légère submatité. A droite, la matité est encore diminuée et les frottements se perçoivent sur une plus grande étendue. On entend moins bien les frottements péricardiques. Temp. : 39° le matin ; 39°4 le soir. P. 100.

Le 28, l'amélioration des symptômes thoraciques et abdominaux continue, mais le délire reste le même. Temp., le matin : 38°4 ; le soir : 37°. P. : 90.

Le 29, tempér. normale. La malade délirant toujours est envoyée à Ste-Anne.

Le 2 *janvier*, M. Doléris est allé la voir à l'asile. La situation mentale de la malade est tout à fait rassurante. Les signes physiques ont disparu, sauf quelques frottements en arrière à la base du poumon droit.

Un mois après, la femme P... est revenue à la Clinique, très bien portante et guérie de son accès de manie.

Obs. XLVIII (1). — *Prédispositions héréditaires et personnelles ; accouchement normal au chloroforme ; abcès du sein ; manie puerpérale : guérison au bout de dix mois.* — Mme X.., âgée de 32 ans, est née d'un père nerveux, à caractère bizarre. Deux de ses sœurs sont hystériques. L'une d'elles est sujette à des troubles mentaux. La malade est très nerveuse elle-même, sans avoir jamais eu de grande crise. Il y a trois ans, à la suite d'émotions vives, elle a eu des idées délirantes pendant 3 à 4 jours. De plus, il y a quelques années, elle a contracté la syphilis.

Elle a été enceinte sept fois. Elle a eu deux fausses couches.

Mme X... est venue trouver M. le Dr Mangin en avril 1889, étant enceinte de six mois et demi, avec des menaces d'accouchement prématuré. Celui-ci peut être évité par l'emploi de la morphine et du viburnum à hautes doses. A ce moment, le Dr Mangin constate de l'agitation marquée, des idées bizarres. Le tout se calme au bout de quelques jours et la grossesse continue sans incident.

Le 2 juillet, l'accouchement a lieu à terme. Il est normal. Le travail a duré cinq heures. Mme X..., craignant la souffrance, a voulu être chloroformisée. Le chloroforme fut donné pendant quatre heures, par petites doses répétées, sans arriver à la résolution complète. La malade n'a ressenti aucune douleur, mais il y a eu constamment de l'ivresse avec paroles incohérentes. Suites de couches normales.

Mme X... fut très affectée de ce qu'on ne lui permit pas d'allaiter son enfant. Irritabilité très grande, scènes continuelles de jalousie. Le 12 juillet, elle se lève et le 14, M. Mangin la laisse très bien.

Le 16, il est rappelé. La veille, Mme X... a été prendre à 6 heures du matin une douche froide. Elle est restée vingt minutes les pieds dans l'eau froide. Peu après, frisson, douleur vive dans le sein droit. Fièvre, agitation, un peu de délire. Le Dr Mangin constate la formation d'un abcès du sein qui est ouvert au bistouri le 18. La fièvre tombe.

Les idées délirantes, qui avaient été mises sur le compte de la fièvre, s'accentuent et un véritable accès de manie se déclare. Insomnie absolue, perte d'appétit. Au début, de temps en temps, lucidité complète pendant quelques heures ; puis l'agitation reparaît. On est obligé de faire rester deux gardes en permanence dans la chambre de la malade.

(1) Communiquée par M. le Dr Mangin, de Marseille. Inédite.

L'examen des urines, fait à plusieurs reprises, avant et après l'accouchement, n'a jamais indiqué d'albumine. Pas le moindre retentissement du côté de l'utérus. Le traitement a été : grands bains prolongés, bromure, chloral et morphine. C'est après les piqûres de morphine que les moments de lucidité se produisaient.

Le Dr Rey, médecin aliéniste, voit la malade et conclut à un accès de manie simple.

Dans les premiers jours de septembre, Mme X... est transportée à Paris, où elle est confiée aux soins de M. le Dr Barthélemy. MM. Magnan et Ballet l'ont vue à différentes reprises. Après divers traitements, les phénomènes délirants disparurent au bout de 8 à 10 mois.

Obs. XLIX (1). — *Forceps à la vulve ; hémorrhagie grave ; infection puerpérale ; délire.* — D..., 29 ans, domestique, entre le 25 août 1886, à l'Hôpital Tenon, service de M. Bar, lit n° 16.

Le père de la malade est cardiaque et rhumatisant. Sa mère est bronchitique et rhumatisante. Sa sœur est aussi rhumatisante. Elle a eu la rougeole dans son enfance. A diverses reprises, érysipèle de la face. Il y a dix-huit mois, attaque de rhumatisme articulaire aigu. La menstruation s'est établie à 13 ans. Elle est régulière. La malade s'est mariée à 19 ans. Elle a eu son premier enfant au bout de dix-sept mois. L'accouchement a été spontané, mais long (gros enfant) et suivi d'une déchirure du périnée.

Trois ans et demi après, seconde grossesse ; couches normales.

Les dernières règles ont paru le 8 novembre. Pendant la grossesse actuelle, la malade a eu une bronchite et des coliques néphrétiques (?). On ne trouve rien au cœur ni aux poumons. La femme D... est très nerveuse.

A son entrée, la malade est en travail. Enfant vivant, se présentant par le sommet en OIGA. Le travail marche très lentement. Le 26, à 7 heures et demie, application de forceps à la vulve. Fille du poids de 3800 gr. Délivrance naturelle. Une heure après, il se produit une hémorrhagie assez abondante pour déterminer de l'anémie cérébrale (vertiges, légère dyspnée). On fait une injection intra-utérine chaude. A 11 heures 1/2, les mêmes symptômes se reproduisant, on introduit

(1) Inédite. Communiquée par M. Bar.

la main dans l'utérus pour le vider des caillots qu'il contient. Le soir, l'état est bon.

Le 28 *et le* 29 *août*, la température se maintient à 38°.

Le 30, elle retombe à 37°. Rien d'anormal jusqu'au 7 *septembre*.

Ce jour là, on constate de la sensibilité au niveau des cornes utérines. Il existe aussi des douleurs de reins. Injection intra-utérine phéniquée. Le soir, temp. : 38°4 ; P. 92.

Le 8 *septembre* au matin, temp. : 37°7 ; pouls : 100. La malade souffre toujours du ventre. On applique en permanence un cataplasme glacé sur l'abdomen. Soir, temp. : 37°5 ; pouls : 80.

Le 9, la malade se plaint d'une vive sensation de froid dans la nuit. On l'attribue au cataplasme glacé qui est supprimé. Matin, T. : 36°5, P. : 80 : le soir, T. : 39°5, P. : 128. A 6 heures du soir, la malade est un peu agitée, mais ne déraisonne pas. A 7 heures du soir, au moment du pansement, elle est extrêmement agitée, elle délire, crie et gesticule. Piqûre de morphine qui calme la malade ; la nuit est bonne.

Le 10, les douleurs du ventre ont disparu. L'état intellectuel, meilleur que la veille, n'est pourtant pas normal. La face paraît bouffie, cependant les urines ne contiennent pas d'albumine. Matin, T. : 37°4. Dans l'après midi, l'agitation recommence, bien que la température ne soit que de 37°3, avec délire plutôt triste. Une demi-piqûre de morphine.

Le 11, la malade va mieux, la température est normale, l'intelligence presque nette. Bon état général et local. La malade se lève.

Le 17, apparaissent des vésicules d'herpès sur la lèvre supérieure. La température n'a pas cessé d'être normale.

Le 21, douleurs vagues dans les jointures, douleurs qui, s'accentuant, nécessitent le passage de la malade dans un service de médecine.

Obs. L (1). — *Avortement* ; *fièvre intense* ; *folie puerpérale* ; *transportée à Ste-Anne*. — L..., 35 ans, capitonneuse, entre le 8 avril 1887 à l'hôpital Tenon, service de M. Bar, lit n° 9.

Pas d'antécédents héréditaires. Père, mère, sœurs et frères bien portants.

A eu plusieurs fois de l'impétigo, des accidents scrofuleux et des crises nerveuses. Dans son enfance a été atteinte de coqueluche et

(1) Inédite. Communiquée par M. Bar.

de rougeole. A 17 ans, elle a eu une variole qui fut très grave. Elle présente une perforation de la voûte palatine, siégeant un peu à droite de la ligne médiane et légèrement ovalaire. Cette perforation aurait été causée par la faute de sa nourrice qui l'aurait brûlée. Elle ne cause d'ailleurs pas de gêne notable, excepté quand la malade est atteinte de coryza, où la voix est plus nasonnée. La dentition est assez défectueuse.

La femme L... a été réglée à 10 ans. Menstruation régulière. Cinq grossesses antérieures, dont deux gémellaires. Aucune complication. Dernières règles vers le 15 février 1887. Nausées et vomissements presque continuels. Céphalalgie persistante, diurne. Les nuits sont calmes et sans cauchemars.

Le 7 avril 1887, à 6 heures du matin, étant encore couchée, la malade ressentit quelques douleurs abdominales ; puis elle s'aperçut qu'elle perdait du sang. L'hémorrhagie augmenta, la malade expulsa de volumineux caillots et vers onze heures du matin elle eut une syncope d'une durée de 10 minutes. On la transporta à l'hôpital. Lorsqu'elle arriva à 11 heures 1/2, l'hémorrhagie était arrêtée et ne se renouvela plus. L'avortement était effectué. On trouva tous les organes sains.

La température, normale jusqu'au 12 avril, s'éleva, le soir de ce jour, à 39°. P. : 120. En même temps, la malade accusa une céphalalgie intense, mais son ventre resta indolore. Les lochies étaient normales. Dans la nuit il y eut un frisson, accompagné de vomissements bilieux.

Le 13, au matin, T. : 39°2, P. : 110. Le ventre est toujours indolore. Injection intra-utérine avec la solution phéniquée à 1/60. Le liquide revient très clair. A 3 heures, T. : 41°2, P. : 128. On donne 50 centigr. de calomel en cinq paquets. Selles très abondantes. A 8 heures, T. 40°4, P. : 120. Les jours suivants, même état. Températures toujours très élevées. Les lochies cessent de couler.

Le 16, la malade a été agitée toute la nuit. Le matin, l'agitation est extrême, la malade a des idées fixes. Contorsions des membres et de la face. Nausées, efforts de vomissements pour rejeter des crachats. Rien du côté des organes génitaux et cependant la tempér. est de 39°2, le pouls de 130.

La malade est transportée à Ste-Anne (1).

(1) Elle y mourut et l'autopsie démontra l'existence de l'infection.

Obs. LI (1). — *Accouchement prématuré ; fièvre ; douleurs dans l'abdomen ; délire ; curettage ; guérison.* — L..., femme C..., 31 ans, couturière, entre le 24 novembre 1890 à l'hôpital St-Louis, service de M. Bar, lit n° 19.

Réglée à 15 ans 1/2. Fièvre typhoïde à 25 ans. Une fausse couche et quatre accouchements normaux avant la grossesse actuelle.

Dernières règles le 22 mars dernier. Dans les trois premiers mois de la grossesse, la malade a souffert de nausées et de vomissements fréquents. Le 14 mai, elle rejette un caillot gros comme le poing, accompagné de sérosité abondante. Du 4e au 7e mois, elle eut des pertes de connaissance qui se renouvelèrent à quatre ou cinq reprises.

La malade entre à l'hôpital le 24 novembre à 6 heures du matin. Elle paraît enceinte de huit mois. Les membranes se sont rompues dans la nuit et elle éprouve quelques douleurs. Enfant vivant, se présentant par le sommet en OIGA. A l'auscultation, par moments, les mouvements du fœtus sont frappés d'une manière rythmique. Le col est effacé, la dilatation est de 1 fr. A 11 heures du soir, la dilatation est complète et à 11 heures 15 a lieu l'accouchement. L'enfant (fille) est assez faible et éprouve quelques difficultés à respirer. Délivrance naturelle à minuit.

Jusqu'au 29, rien d'anormal. Le soir de ce jour, à 5 heures, douleur dans le ventre, frisson. T. : 39°2, P. : 120. A 7 heures 1/2, après le frisson, T. : 40°2, P. : 148.

A 9 heures, la température était retombée à 38°4. A ce moment, la malade est prise brusquement de délire. Elle se croit infirmière, se lève, et se met à faire le lit de sa voisine. Elle a perdu la notion des choses récentes, mais a gardé le souvenir exact des choses passées. Elle se rappelle très bien les noms et l'âge de tous ses enfants, sauf du dernier qu'elle croit âgé de un an, alors qu'il a cinq jours.

Le 30, au matin, T. : 37°2, P. : 96. Curettage sans chloroforme. On ramène un grand nombre de débris de caduque. Pas d'hémorrhagie à la suite du curettage. Pansement au rétinol iodoformé.

Pendant la journée, la malade accuse toujours une douleur au niveau de la région hypogastrique. L'état général reste le même. Légère teinte jaune de la peau. Le soir, T. : 39°8, P. 116. La douleur

(1) Inédite. Communiquée par M. Bar.

hypogastrique a augmenté ; il y a un ballonnement limité à la région sous ombilicale et une légère dyspnée. Le facies est un peu grippé.

L'état mental est redevenu normal depuis le matin ; la malade ne délire pas et répond très exactement à toutes les questions. La température reste encore élevée pendant quelques jours. Puis elle tombe à 37°2. La malade sort guérie.

Obs. LII (1). — *Présentation de l'épaule, version pénible ; déchirure du segment inférieur ; infection sanguine ; troubles intellectuels graves ; grande amélioration.* — V..., 43 ans, ouvrière en tabacs, entre le 12 mars 1891 à l'hôpital St-Louis, service de M. Bar, lit n° 2.

Antécédents héréditaires ne présentant rien de particulier. Réglée à 17 ans ; menstruation normale. Fièvre typhoïde à 30 ans. Six grossesses antérieures, normales. Tous les accouchements à terme et faciles.

Dernières règles le 15 juin 1890. Pas d'accidents pendant la grossesse. Premières douleurs le 10 mars au soir. Dans la nuit du 10 au 11, douleurs assez fortes, presque continuelles. Même état toute la journée du 11. Dans la nuit du 11 au 12 et toute la journée du 12, douleurs excessives et continues. Membranes rompues le 10.

A l'entrée de la malade, le 12 mars à 4 heures 1/2 du soir, signes d'une présentation de l'épaule gauche en AID, dos en avant. Enfant vivant. Dilatation complète. Les contractions utérines sont extrêmement fréquentes. Il s'écoule par la vulve un liquide peu abondant, très fétide. La femme a un pouls rapide, incomptable. La température est de 37°4. On décide de tenter immédiatement la version par manœuvres internes. Celle-ci est extrêmement pénible, à cause de la résistance des parois utérines. Le dégagement de la tête est surtout très difficile et détermine une profonde déchirure du segment inférieur et du col en avant et à gauche. Enfant mort. Délivrance naturelle. Hémorrhagie grave. Tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée. La température après l'accouchement est de 38°. Pouls incomptable. A 6 heures 40, frisson assez violent, d'une durée d'un quart d'heure. A 7 heures du soir, temp. : 39°6. Pouls incomptable. A 11 heures, temp. : 36°8, pouls : 120.

13 *mars,* températures normales, pouls toujours incomptable. On change le tampon utérin.

(1) Inédite. Communiquée par M. Bar.

Le 14, on retire définitivement le tampon et on décide de faire quatre injections intra-utérines par jour. Tempér., matin : 37°4 ; soir : 39. Pouls incomptable.

Les jours suivants températures toujours très élevées. De temps en temps frissons violents. Pas d'albuminurie. Rien au cœur, ni aux poumons. Continuation des injections intra-utérines.

Le 19, les lochies sont examinées au microscope ; on y trouve des streptocoques. Pas de frisson dans la journée.

Le 21, frisson le soir, à 5 heures 1/2, d'une durée de 1/4 d'heure. T. : 39°8, P. : 144. Insomnie et agitation marquée toute la nuit, 2 gr. de chloral.

Le 23. Pendant la nuit, l'agitation de la malade a augmenté. La femme V... rejette plusieurs fois ses couvertures et se lève à diverses reprises sur son séant en prononçant quelques paroles incohérentes. Pas de frisson. Temp., le matin : 38° ; le soir : 39°4. P. : 128.

L'état reste à peu près le même les jours qui suivent.

Le 2 *avril*, diarrhée. La température a tendance à baisser. Depuis deux jours, les températures du soir sont en défervescence notable sur celles de la veille ; mais l'affaiblissement continue, l'agitation augmente, surtout pendant la nuit, les réponses de la malade sont moins nettes et elle est en proie à une inquiétude marquée, regardant d'un air effrayé quand on entre dans sa chambre. Le matin, T. : 38°, P. : 116 ; le soir, T. : 38°8, P. : 132.

Le 6, l'examen ne révèle toujours aucune localisation de l'infection. M. Bar conclut à une infection sanguine. Affaissement marqué des facultés intellectuelles. La malade semble étrangère à ce qui l'entoure. Elle rit et pleure sans motif apparent. Son langage et ses mouvements sont absolument désordonnés. La température a baissé : 37° le matin, 38°6 le soir.

Le 8, l'hébétude a augmenté ainsi que l'incohérence du langage.

Le 12, la malade se plaint et gémit continuellement. Etat voisin du gâtisme.

Le 18, un peu d'amélioration dans l'état intellectuel.

Le 20, la température tombe définitivement à la normale. L'incohérence des paroles est la même, mais il semble que le facies soit meilleur. Dans l'après-midi, on lève la malade sur un fauteuil exposé au soleil.

Le 22, amélioration considérable. Le teint est plus coloré. L'état

mental s'est modifié. La malade parle facilement et répond raisonnablement aux questions qu'on lui pose.

Le 23 *avril*, elle quitte le service.

Obs. LIII (1). — *Accouchement normal ; délire violent ; fièvre intense, sans lésions locales apparentes ; infection purulente ; guérison.* — Th..., Emma Henriette, 24 ans, ménagère, entre le 21 décembre 1891 à la Pitié, salle Valleix.

Elle est accouchée normalement il y a 18 jours. Les suites de couches furent assez bonnes tout d'abord. Le 9e jour, elle fut prise, après une discussion avec son mari, d'une violente attaque de manie aiguë. C'est à ce moment que le Dr Petit-Vendol vint la voir. Il constata, outre le délire intense et l'agitation incessante, une élévation de température considérable, dont il chercha vainement la cause. Tous les organes paraissaient sains, le ventre était souple, absolument indolore. L'état mental de la malade rendant impossible son séjour chez elle, elle dut être transférée à l'hôpital.

Le soir de son entrée la malade est extrêmement agitée Son délire est violent. Facies injecté. Yeux brillants. Loquacité extrême. Examen très difficile. Gonflement léger du membre inférieur gauche qui est très douloureux. Abcès au poignet droit et au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche. Ecoulement de liquide un peu coloré par le vagin. Au palper, pas de douleurs abdominales, ventre souple. Au toucher, col entr'ouvert, utérus un peu volumineux, très mobile. Température vaginale : 41°.

Le 22 *décembre*, la nuit a été très agitée. T. 40°4, P. : 136. Les membres supérieurs sont contracturés. Trismus. La malade est dans le demi-coma.

Le 23, 1re injection intra-utérine avec du sublimé à 1/4000e ; dilatation du col avec la laminaire.

Le 24, la température a baissé. Elle est à 39°. Calme relatif. Curettage. On continue les injections intra-utérines les jours suivants.

Le 29, l'état mental est devenu normal. La malade prend un peu de potage. Les injections intra-utérines déterminent des douleurs très vives dans l'abdomen.

(1) Inédite. Les renseignements sur les phénomènes antérieurs à l'entrée de la malade à l'hôpital nous ont été donnés par MM. les Drs Maygrier et Petit-Vendol. Le reste de l'observation nous a été remis par M. Walch, interne à l'hôpital Laënnec. Nous les remercions vivement.

Le 30, on ouvre les abcès qui siègent au tiers inférieur de la région interne de l'avant-bras droit et au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche. Grande quantité de pus phlegmoneux. Les températures étant normales, on cesse les injections intra-utérines. Injections vaginales.

Le 4 janvier, on constate que le corps thyroïde est volumineux, douloureux. Il y a une tumeur fluctuante au niveau du lobe gauche. La déglutition est très pénible. La température est remontée à 40°.

Le 6, cet abcès est ouvert. On remarque une tumeur molle, fluctuante vers la face antéro-interne de la cuisse gauche.

Le 8, températures à grandes oscillations. On ouvre largement l'abcès de la cuisse. Il en sort environ 2 litres de pus. Comme la jambe paraissait luxée en dehors, on recherche, en explorant la cavité de l'abcès, s'il n'y a pas communication avec l'articulation. Cette communication n'existe pas. Eschare au sacrum de 10 cm. d'étendue, très profonde (les os sont à nu).

Le 9, temp. : 37°9. Les mouvements nécessités par les pansements de la cuisse permettent de reconnaître un décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur.

Le 23 *janvier*, ouverture d'un foyer purulent au niveau de l'éminence thénar de la main droite. Des lavages phéniqués font voir qu'il y a communication entre ce foyer et celui de l'avant-bras.

Le 24, les clapiers purulents formés au niveau de l'eschare sacrée nécessitent une large incision.

Le 31, l'état général est satisfaisant. L'eschare se cicatrise. L'abcès de la cuisse tend à la guérison. La malade est transportée sur sa demande à l'hôpital Laënnec.

L'état s'améliore de jour en jour et bientôt la malade peut être considérée comme guérie.

CONCLUSIONS

1° Les psychoses qui se développent pendant la grossesse ou les suites de couches sont souvent sous la dépendance de l'éclampsie ou de l'infection puerpérales.

2° La genèse de ces psychoses doit très probablement être attribuée à la toxémie qui résulte, dans l'éclampsie, de la rétention des produits de désassimilation organique et, dans l'infection, de l'absorption des poisons solubles microbiens.

3° Des observations nouvelles doivent être recueillies pour décider si, dans ces cas, le délire ne revêt pas la forme qui a été décrite à l'étranger sous le nom de *confusion mentale hallucinatoire à évolution aiguë*.

4° Chez une femme prédisposée aux troubles mentaux par ses antécédents héréditaires ou personnels, il sera très important de redoubler de précautions, afin d'éviter l'éclampsie ou l'infection, qui pourraient déterminer l'explosion de la folie.

5° En présence d'une folie puerpérale établie, on devra essayer de remonter à sa cause pour instituer un traitement convenable. En général, il sera facile de savoir si la femme a présenté des accès d'éclampsie, auquel cas on agira sur les organes éliminateurs (régime lacté, etc.).

6° Il sera dans bien des cas beaucoup plus difficile de constater la présence de phénomènes septiques et souvent l'on a cru se trouver en présence de psychoses pures, alors qu'un état infectieux grave, souvent mortel, était resté inaperçu. L'apparition très précoce ou très tardive de la folie ne doit pas faire éliminer d'emblée l'infection, dont on recherchera avec soin les moindres symptômes. La fièvre à elle seule doit faire craindre son existence. Si on a le plus léger soupçon, on devra agir sur l'utérus immédiatement et rigoureusement par les méthodes antiseptiques usuelles.

7° Ce traitement n'exclut pas l'emploi des remèdes ordinairement prescrits contre le trouble mental, calmants, chloral, bains tièdes, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Nous allons donner ici la bibliographie, aussi complète que possible, de la folie puerpérale : folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Nous ne citerons pas les traités généraux d'obstétrique ou de médecine mentale, qui consacrent tous un chapitre aux psychoses du puerpérium, mais qui sont classiques et connus de tout le monde. Les indications dont nous n'avons pu vérifier par nous-même l'exactitude sont marquées d'une astérisque (*).

Abrahamson. — Von dem Wahnsinn bei Kindbetterinnen. *N. Arch. d. prakt. Arznk. f. Aerzte.* Leipz., 1789, 1 Th., 47.

Abt*. — Heilung einer Mania puerperalis durch Chloroform-Inhalationen. *Med. Cor.-Bl. d. württemb. ærztl. Ver.*, Stuttg., 1856, XXVI, 189.

Adrien*. — Case of convulsions during labor ; craniotomy, terminating in puerperal mania ; recovery. *Med. Press. and Circ.*, Dubl., 1868, n. s., III, 4.

Allix. — Manie aiguë à la suite d'un accouchement..., fièvre puerpérale, etc. *Ann. Soc. d'anat. path. de Brux.*, 1862, VI, 19 et *J. de méd., chir. et pharmacol.*, Brux., 1862, XXXIV, 334.

Armstrong*. — Case of puerperal mania. *Atlanta M. and S. J.*, 1867, VIII, 419.

Arndt. — Ueber Puerperalpsychosen. *Beitr. z. Geburtsh. u. Gynækol.*, Berl., 1874, III, 183.

Arnold. — Insanity occurring in the puerperal state. *Maryland M. J.*, Balt., 1880, VII, 73.

Atlee. — Veratrum viride in puerperal mania. *Med. and Surg. Reporter*, Phila., 1860, n. s., V, 12.

Attbill. — Case of puerperal mania. *Dublin Q. J. M. Sc.*, 1858, XXVI, 221.

Baillarger. — Paralysie générale survenant pendant la grossesse, etc. *Gaz. d. hôp.*, Par., 1857, XXX, 55.

— Délire extatique éclatant tout à coup dans le cours de la grossesse à la suite d'une émotion morale. *Eod. loc.*, 305.

Ball. — De la folie puerpérale. *Tribune méd.*, Par., 1882, XIV, 137, 147.

Balls-Headley. — Case of chronic puerperal mania, laceration and granular os ; trachelorrhaphy ; immediate recovery. *Austral. M. J.*, Melbourne, 1886, VIII, 491.

Banks*. — Puerperal mania followed by peritonitis. *Dublin Hosp. Gaz.*, 1859, n. s., VI, 369.

Barker. — Puerperal mania. *N.-York M. J.*, 1872, XVI, 449.

Barth*. — Ein Fall von plœtzlich nach der Entbindung entstandener Mania transitoria. *Ztschr. f. d. Staatsarznk.*, Erlang., 1828, XVI, 108.

Baumes. — Observation sur une mort causée par un accès de colère à la fin de la résolution heureuse d'un dépôt laiteux. *J. de méd., chir., pharm., etc.*, Par., 1780, LIII, 513.

Beates, jr. — Insanity of lactation. *Med. and Surg. Reporter*, Phila., 1880, XLII, 425.

Becker. — De parturientium delirio. *Diss.*, Halis, 1856.

Béhier. — Accès d'aliénation mentale (forme mélancolique) chez une femme récemment accouchée. *Gaz. d. hôp.*, Par., 1870, XLIII, 81.

— Délire puerpéral, etc. *Eod. loc.*, 1875, XLVIII, 354, 377.

Beigel. — Mania puerperalis. *Deutsche Klinik.*, Berl., 1855, VII, 569.

Bell*. — Puerperal mania. *Transylv. J. M.*, Lexington, Ky., 1833, VI, 182.

Bennewitz. — Geschichte eines periodischen, intermittirenden Wahnsinns im Wochenbette. *J. d. prakt. Heilk.*, Berl., 1837, LXXXIV, 6 st., 83.

Benoly. — *Statitische Beitræge zur Kenntniss der Puerperalpsychosen.* Diss. Würzburg, 1876.

Bérard. — Manie suite de couches. *Gaz. d. hôp.*, Par., 1843, 2e s., V, 302.

Berger (J.). — *De puerperarum mania et melancholia.* Diss. Gottingœ (1745).

Berndt. — Bemerkungen über die Natur und die Behandlung der Mania puerperalis, etc. *J. d. prakt. Heilk.*, Berl., 1828, LXVII, 5 st., 3.

Berruti*. — Mania puerperale ; guarigione. *Gior. de r. accad. di med. di Torino,* 1875, XVIII, 418.

Bertherand. — La syncope et la folie émotive des accouchées au point de vue médico-légal. *Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, 1871, XXXII, 409.

Berthier. — Délire mélancolique déterminé par une grossesse, etc. *Gaz. méd. de Lyon*, 1859, XI, 116.

Biebergeil. — Glücklicher Ausgang... bei einer Eclampsia parturien-

tium und nachfolgender Mania acuta. *Wchnschr. f. d. ges. Heilk.*, Berl., 1844, 461.

Bierbaum. — Mania puerperarum mit Versuch zum Selbstmord. *Med. Ztg.*, Berl., 1853, XXII, 36.

Bird (F.). — Case of puerperal mania having its origin in antecedent rhumatism. *Lond. M. Gaz.*, 1845, n. s., II, 1218.

Bird (V.). — Induction of labour and delivery by forceps in puerperal mania. *Brit. M. J.*, Lond., 1879, I, 544.

Bjœrnstrœm*. — Sinnesjukdomar och abnorma sinnestillstænd betraktade hufvudsakligen fræn rættsmedicinsk synpunkt. Stockholm, 1883.

Blake. — On the causes and treatment of puerperal mania. *Lond. med. and Surg. J.*, 1830, IV, 225.

Bonifas. — Eclampsie ; accouchement abandonné à la nature ; manie puerpérale ; guérison. *Gaz. d. hôp.*, Par., 1860, XXXIII, 446.

Bonnefous. — Tentative de suicide au 2e jour de l'accouchement ; rapport sur un cas de meurtre et d'incendie attribués à la folie puerpérale. *J. de méd. ment.*, Par., 1868, VIII, 120.

Bottentuit. — De la manie des nouvelles accouchées. *Union méd.*, Par., 1874, 3e s., XVII, 442.

Boudrie. — *Étude sur les causes de la folie puerpérale.* Th. Paris, 1878.

De Bouis. — Note sur l'aliénation mentale et la démence pendant la grossesse. *Expérience*, Par., 1840, V, 99.

Bouyer. — Relation d'un cas de grossesse... abolition des facultés sensoriales et intellectuelles, etc. *Gaz. d. hôp.*, Par., 1874, XLVII, 18.

Bowers*. — Puerperal insanity. *Northwest. Lancet*, St-Paul, 1888, VIII, 32, 43.

Boyd. — Observations on puerperal insanity. *J. ment. sc.*, Lond., 1870-71, XVI, 153.

Bradfield*. — Puerperal eclampsia ; chloroform ; forceps ; puerperal mania. *Tr. M. ass. Alabama*, Montgomery, 1875, 138.

Brémaud. — Observation de manie chez une nouvelle accouchée. Guérison par la suggestion. *C. R. de la Soc. d. biol.*, Par., 1887, 8e s., IV, 345.

Brickmann*. — A case of puerperal mania. *N. Orl. M. and S. J.*, 1879-80, VII, 79.

Brière. — (Suicide pendant l'accouchement.) *Bull. Soc. méd. de la Suisse Rom.*, Lausanne, 1869, III, 1.

Brooke. — Puerperal mania. *J. nerv. and ment. dis. N.-Y.*, 1887, XIV, 361.

Brown. — Puerperal mania. *M. and S. Reporter*, Phila., 1872, XXVI, 92.

Browne. — Puerperal mania ; pelvic hæmatocele ; sudden death. *Lancet*, Lond., 1874, I, 54.

Brückmann. — Ueber eine Mania puerperalis. *Arch. f. med. Erfahr.*, Berl., 1811, I, 3.

Brug. — Zwei Fælle von Seelenstœrung. *Deutsche Klinik*, Berl., 1853, V, 391.

Buchmüller. — Ein Fall von geheilter Eclampsia und darauf folgender Mania puerperalis. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1875, XX. 425, 467, 478.

Budd. — Puerperal mania, etc. *Lancet*, Lond., 1853, I, 383.

Burdeno*. — Hyoscyamine in puerperal insanity. *Physician and Surg.*, Ann Arbor, Mich., 1884, VI, 193.

Burnet. — Case of puerperal fever with mania. *M. and S. Reporter*, Phila., 1867, XVI, 31.

— Eclampsia ; puerperal mania ; autopsy. *Eod. loc.*, 1867, XVII, 463.

Busch. — Mania parturientium transitoria. *N. Ztschr. f. Geburtsk.*, Berl., 1837, V, 129.

Buzorini. — Mania puerperalis. *Med. Cor.-Bl. d. württemb. ærztl. Ver.*, Stuttg., 1854, XXIV, 366.

Carey. — Case of puerperal convulsions and mania. *Dublin M. Press*, 1839, II, 306.

Carlin. — Insanity of pregnancy. *Denver M. Times*, 1883-84, III, 225.

Caron. — Manie puerpérale compliquée de septicémie puerpérale ; guérison. *J. des sages-femmes*, Par., 1881, IX, 290.

Carr*. — Puerperal insanity. *Cincin. Lancet and Clinic.*, 1881, n. s., VII, 537.

Chabanon. — *Étude sur la folie puerpérale.* Th. Montpellier, 1879.

Charge of murder ; acquittal on the ground of puerperal insanity, *Lond. M. Gaz.*, 1848, n. s., VI, 519 et *J. Psych. M.*, Lond., 1848, I, 478.

Christian. — What is puerperal mania, and what constitutes puerperal insanity ? *Ann. gynæc.*, Bost., 1888-89, II, 449.

Churchill. — On the mental disorders of pregnancy and childbed. *Am. J. Insan.*, Utica, N.-Y., 1850-51, VII, 297.

Ciccone*. — Eclampsia, delirio, mania puerperale. *Scuola med. napol.*, 1881, IV, 337.

Clark. — Clinical illustrations of puerperal insanity. *Lancet*, Lond., 1883, II, 97, 180, 277.

— .Etiology, pathology and treatment of puerperal insanity. *J. Ment. Sc.* Lond., 1887-88, XXXIII, 169, 372, 487.

Clarke. — On the treatment of puerperal mania by veratrum viride. *Boston M. and S. J.*, 1858-59, LIX, 237.

Cleland. — Insanity during pregnancy. *Austral. M. Gaz.*, Sydney, 1886-87, VI, 242 et *Brit. M. J.*, Lond., 1887, II, 179.

Coffmann*. — Puerperal mania. *Proc. Nebraska M. Soc.* Omaha, 1872, 17.

Connally*. — Doublets ; uterine inertia ; alarming sequences. *Atlanta M. and S. J.*, 1867, VIII, 381.

Cortyl. — *Étude sur la folie puerpérale*. Th. Paris, 1877.

Crippen. — The insanity of pregnancy. *Homœop. J. Obst.*, N.-Y., 1888, X, 337 ; 492 et 1889, XI, 35 ; 177 ; 255.

— Insanity of pregnancy and its medico-legal relationship. *Eod loc.*, 1890, XII, 75.

Curgenven. — Bromide of potassium in puerperal mania. *Tr. Obst. Soc. Lond.*, 1867, IX, 155.

Dardel. — Tentative de suicide au 10e jour de l'accouchement. *J. de méd. ment.*, Par., 1862, II, 3.

Dedichen. — Akut primær puerperal Demens. En psykiatrisk studie. *Norsk Mag. f. Lægevidensk.*, Christiania, 1890, 4. R., V, 35.

Delavigne*. — Mania puerperarum. *Gen.-Ber. d. K. rhem. Med.-Coll.* 1836, Koblenz, 1839, 98.

Delaye. — Folie puerpérale grave; températures très élevées pendant un mois ; guérison. *Gaz. heb. des sc. méd. de Bordeaux*, 1880, I, 298.

Derevoge. — *De la fièvre puerpérale compliquée de manie aiguë*. Th. Paris, 1873.

De Witt*. — Report of a case of puerperal insanity, complicated with.... pyæmia. *Cincin. Lancet and obs.*, 1876, XIX, 583.

Dickson. — A contribution to the study of the so-called puerperal insanity. *J. ment. sc.*, Lond., 1870-71, XVI, 379.

Donkin. — On the pathological relation between albuminuria and puerperal mania. *Edinb. M. J.*, 1863, VIII, 994.

Dorffmüller. — Beitrag zur Behandlung des Wahnsinns oder Raserey

der Kindbetterinnen. *N. Arch f. d. Geburtsh.*, etc., Jena, 1804, III, 58.

— Einige Beobachtungen über Wahnsinn und Tobsucht der Kindbetterinnen. *Mag. f. d. ges. Heilk.*, Berl., 1838, LI, 51.

Dubois. — Manie puerpérale avec symptômes de paraplégie incomplète. *J. de méd., chir., pharm.*, etc., Par., 1846, XVII, 316.

Edwards (R.). — Case of difficult labour... ; puerperal mania and fever, etc. *Med. Times and Gaz.*, Lond., 1877, II, 643.

Edwards (T.). — A case of puerperal mania and metritis terminating in abcess; recovery. *Lancet*, Lond., 1885, II, 385.

Eitner. — Mania puerperalis periodica. *Preuss. med.-Ztg.*, Berl., 1863, n. F., VI, 317.

Elliot. — Puerperal mania. *N.-York J. M.*, 1858, 3e s., V, 42.

Elsæsser. — Mania puerperalis. *Med. Cor.-Bl. d. württemb. ærztl. Ver.*, Stuttg., 1862, XXXII, 12.

Engelken*. — Ueber den Gebrauch des Opium's in Puerperalpsychosen. *Amtl. Ber. ü. d. Versamml. deutsch. Naturf. u. Aerzte*, 1862, Karlsbad, 1863, XXXVII, 301.

Esquirol. — Observations sur l'aliénation mentale à la suite de couches. *J. gén. de méd., chir. et pharm.*, Par., 1818, LXII (2e s., I), 148.

— De l'aliénation mentale à la suite des couches, pendant et après l'allaitement. *Eod. loc.*, 337.

— De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices. *Annuaire méd.-chir. d. hôp. de Par.*, 1819, I, 600.

Evans. — Puerperal mania occuring suddenly, etc. *Med. Times*, Lond., 1846-7, XV, 145.

Fall von mania puerperalis. *Mag. f. d. ges. Heilk.*, Berl., 1828, XXV, 96.

Faure. — *Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées*. Th. Lyon, 1890.

Fernald. — Puerperal insanity. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1887, XX, 714.

— Même titre. *Tr. Wash. Obst. and Gynæc. soc.*, 1885-7. Washington, 1889, I, 97.

Fersheim. — *Die Behandlung der Manie in der Bettlage*. Gœttingen, 1882.

Fischer (R.). — Merkwürdiges Puerperalfieber, complicirt mit Encephalitis, etc. *Med. Jahrb. d. k. k. œsterr. Staates*, Wien, 1841, XXXV, 46.

Fischer. — Zur Puerperalmanie. *Wchnsehr. f. d. ges. Heilk.*, Berl., 1845, 317.

Fisher. — Two cases of puerperal insanity. *Boston M. and S. J.*, 1869, II, 233.

Fleischmann. — Mania puerperalis reiterata ; Heilung. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1862, VII, 136.

Fleming. — Ueber die Gelüste der Schwangern in Bezug auf die Frage der Zurechnungs-Fæhigkeit. *Arch. f. med. Erfahr.*, Berl., 1830, I, 169.

Flierl. — *De mania puerperarum.* Diss. Monachii, 1836.

Von Franque. — Schwangerschaft und Entbindung in ihrem Verhæltniss zu Geistesstœrungen. *Würzb. med. Ztschr.*, 1863, IV, 355.

Fraser. — A case of puerperal mania with remarks. *Glasgow M. J.*, 1885, 4. s., XXIV, 369.

Fritz. — *Quelques considérations sur la pathogénie de l'éclampsie et ses rapports avec la manie puerpérale.* Th. Strasbourg, 1870.

Furley. — On a case of puerperal mania treated by chloral. *Tr. Edinb. Obst. Soc.* (1869-71), 1872, II, 221.

Fürstner. — Ueber Schwangerschafts-und Puerperalpsychosen. *Arch. f. Psych.*, Berl., 1874-5, V, 505.

Fussell. — On a case of puerperal mania. *Lancet*, Lond., 1855, I, 429.

Galabin and **Horrocks.** — Puerperal mania (9 cases). *Guy's Hospital Rep.*, Lond., 1888, 3. s., XXX, 77.

Garcia-Rijo. — *Contribution à l'étude de la folie puerpérale.* Th. Paris, 1879.

Garner*. — Puerperal mania. *Canada Lancet*, Toronto, 1876, IX, 42.

Gill (R.). — A curious complication of puerperal eclampsia ; unconsciousness for eighty-four hours ; recovery. *Lancet*, Lond., 1889, I, 783.

Gill (S.-L.). — Hæmatemesis ; post-partum hæmorrhage ; puerperal mania. *Med. Circ.*, Lond., 1858, XIII, 146 ; 171 ; 194 ; 205 ; 255 ; 278 ; 290.

Gilman. — Puerperal mania and its connection with ovaritis. *N.-York J. M.*, 1851, VI, 41.

Girolami. — Un caso di mania puerperale recidiva bestemmiante. *Arch. ital. per le mal. nerv.*, Milano, 1871, VIII, 208.

Godding. — Puerperal insanity. *Boston M. and S. J.*, 1874, XCI, 317.

Gooch. — Observations on puerperal insanity. *Tr. Coll. Phys. Lond.*, 1820, VI, 263.

De Gorski (Mme). — *Considérations sur la folie puerpérale et sur sa nature.* Th. Paris, 1888.

Grant*. — Puerperal mania the result of metritic irritation, etc. *Canada M. J.*, Montréal, 1865, I, 313.

Graves. — Puerperal mania, with dissection. *Dublin J. M. Sc.*, 1837, XI, 391.

Greffier. — Mélancolie puerpérale. *J. Soc. de méd. et pharm. de l'Isère*, Grenoble, 1884-5, IX, 266.

Griffith (G. de G.). — A case of puerperal mania and convulsions, etc. *Med. Press and Circ.*, Lond., 1877, XXIII, 214.

Griffith* (J. de B.). — Puerperal insanity. *Austral. M. J.*, Melbourne. 1882, n. s., IV, 241.

Grilli*. — Del delirio durante il puerperio. *Imparziale*, Firenze, 1877, XVII, 133 ; 162.

Gundry. — Observations upon puerperal insanity. *Am. J. Insan.*, Utica, N.-Y., 1859-60. V. *Schmidt's Jahrb.*, CXII, 319.

Hafner. — Wahnsinn aus eigenthümlicher Ursache. Heilung. *Würtemb. Cor.-Bl.*, 1857, XXXII V. *Schmidt's Jahrb.*, 1858. XCVIII, 229.

Haines*. — Insanity in the puerperal state. *Cincin. Lancet-Clinic*, 1889, n. s., XXII, 371,

Hall. — Puerperal mania. *Lond. M. Gaz.*, 1829, IV, 171.

Hamilton. — Two cases of peculiar mental trouble following the puerperal state. *Boston M. and S. J.*, 1876, XCIV, 679.

Hansen. — Ueber das Verhæltniss zwischen der puerperalen Geisteskrankheit und der puerperalen Infection. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynæk.*, Stuttg., 1888, XV, 60.

Hastings. — Puerperal mania followed by insanity. *Med. Times*, Lond., 1849, XIX, 511.

Hattingen. — Mania puerperalis intermittens. *Gen.-Ber. d. k. rhein. Med.-Coll.* 1838, Koblenz, 1840, 96, et *Med. Ztg.*, Berl., 1839, VIII, 59.

Haughton*. — Puerperal mania. *Cincin. Lancet and obs.*, 1866, n. s., IX, 713.

Hawkins*. — Case of puerperal mania. *Proc. m. ass. Arkansas*. Little Rock, 1873, 33.

Hayward. — Notes of a case in which puerperal insanity occurred during pregnancy. *Austral. m. Gaz.*, Sydney, 1886-7, VI, 188.

Head. — Puerperal mania treated by chloral; rapid recovery. *Brit. m. J.*, Lond., 1870, I, 602.

Heany*. — Puerperal convulsions, followed by mania. *Dublin Hosp. Gaz.*, 1857, n. s., IV, 58.

Heer. — Mania puerperalis intermittens. *Med. Ztg.*. Berl., 1857, XXVI. 181.

Heidenhain. — Zur pathologie... der Mania puerperalis im Besonderen. *Wchnschr. f. d. ges. Heilk.*, Berl., 1846, 549 ; 565 ; 585 ; 600.

Heilgers. — Mania puerperalis. *Gen.-Ber. d. k. rhein. Med.-Coll.*, 1833, Koblenz, 1836, 121 et *J. f. Geburtsh.*, Leipz., 1838, XVII, 97.

Helfft. — Zur Statistik, Pathologie und Behandlung der Mania puerperalis. *N. Ztschr. f. Geburtsk.*, Berl., 1851, XXIX, 353.

Heller*. — Blut bei Mania puerperalis. *Arch. f. phys. u. path. Chem. u. Mikr.*, Wien, 1844, I, 19.

Hengst. — Puerperal insanity. *Med. and. Surg. Reporter*, Phila., 1878, XXXIX, 134.

Henson. — Convulsions, followed by mania and accompanied with entire loss of speech during pregnancy. *Lancet*, Lond., 1850, II, 113.

Hesse*. — Mania puerperalis. *Gen.-Ber. d. k. rhein. Med.-Coll.*. 1845, Koblenz, 1847, 59.

Hilaire. — Observation sur un cas d'éclampsie suivie d'aliénation mentale. *J. de méd. et chir. prat.*, Par., 1834, V, 551.

Hill*. — Four cases of puerperal insanity. *Vis. med.* Des Moines, 1891, I, 196.

Hirst. — A case of pregnancy complicateb by anæmia, chorea, insanity and pyelitis. *Univ. M. Mag.*, Phila., 1888-9, I, 151.

— Six cases of puerperal insanity. *J. am. m. ass.*, Chicago, 1889, XII, 29.

Holm. — Om Puerperalafsindighed. *Hosp.-Tid.*, Kjobenh., 1874, 2. R., I, 229 ; 245 ; 262 ; 273.

Holmes. — Puerperal mania. *Canad. Pract.*, Toronto, 1885, X, 289 et *Detroit Lancet*, 1885-6. n. s., IX, 193. V. *Centralbl. f. Gynæk.*, Leipz., 1886, 271.

Hubert. — *De la folie puerpérale.* Th. Paris, 1864.

Hughes*. — Hyoscyamine in insanity following the puerperal state, etc. *St-Louis M. and S. J.*, 1882, XLIII, 362.

Hughson. — Puerperal mania. *Med. and Surg. Reporter*, Phila., 1875, XXXII, 104.

Humphreys. — Threatering puerperal mania successfully treated with pilocarpin. *Brit. M. J.*, Lond., 1889, I, 774.

Hupp*. — The hydrate of chloral in puerperal insanity. *Tr. M. Soc. W. Virg.*, Wheeling, 1870, 176.

Hyzer*. — The insanity of child-birth in its relation to infanticide. *Med. Leg. J.*, N.-Y., 1889-90, VII, 1.

Ideler. — Ueber die Vesania puerperalis. *Ann. d. Char.-Krankenh... zu Berlin*, 1851, II, 121.

— Ueber den Wahnsinn der Schwangeren. *Eod. loc.*, 1856, VII, 28.

Ill. — Puerperal mania ; laceration of cervix : operation ; cure. *Am. J. Obst.*, N. Y., 1883, XVI, 263.

Image. — Case of melancholia puerperalis attonita. *Lond. M. Gaz.*, 1845. n. s., I, 281.

Jackert. — *De mania puerperali*. Diss. Berolini (1821).

Jæger. — Mania puerperarum. *Ztschr., d. deutsch. Chir.-Ver.*, Magdeb., 1854, VIII, 479.

Jani. — Geschichte, Ursachen und Heilart einer Kindbetterin-melancholie. *Arch. f. d. Geburtsh.*, Jena, 1790, II, 3. st., 65.

Jeffery. — Case of puerperal mania. *Lond. M. Gaz.*, 1839, n. s., II, 114.

Jenkins. — Puerperal mania, has it any connection with toxæmia ? *Am. M. Month.*, N.-Y., 1857, VIII, 284.

Johnson*. — Case of puerperal mania. *West. Lancet*, Cincin., 1848, VII, 275.

Kane*. — Is puerperal insanity a disease arising from nervous excitement, or from inflammation ? *Med. Indep.*, Détroit, 1856, II, 145.

Kennedy*. — Case of puerperal mania. *Tr. Minnesota M. Soc.*, St-Paul, 1878, 47.

Kent. — Puerperal phrenitis, etc. *Am. M. J.*, St-Louis, 1879, VII, 180.

King*. — *Puerperal manie*. Columbus, 1883.

Kluge. — Mania parturientium transitoria. *Med. Ztg.*, Berl., 1833, II, 97.

Knight. — Puerperal mania. *Obst. Gaz.*, Cincin., 1884, VII, 393.

Kollock*. — Case of hysterical monomania following parturition, etc. *South. M. and S. J.*, Augusta, 1855, n. s., XI, 608.

Kramer. — Zur Lehre von den Puerperalpsychosen. *Prag. med. Wchnschr.*, 1889, XIV, 523 ; 535.

Kunst*. — Puerperal insanity. *Tr. M. Soc.*, N. Virginia, 1878, 355.

Lalor. — Practical remarks on puerperal insanity. *Dublin Q. J. M. Sc.*, 1865, XL, 212.

Landfear. — Puerperal insanity. *Cincin. Lancet and obs.*, 1876, XIX, 54.

Landman. — Eene Waarneming van delirium furibundum transito-

rium, e lochiis suppressis. *Pract. Tijdschr. v. de Geneesk.*, Gorinchem, 1844, XXIII, 152.

Larkins*. — Case of puerperal mania from suppression of the lochia. *West. J. M. and S.*, Louisville, 1846, n. s., VI, 474.

Le Bourgeois. — *Dissertation sur la fièvre de lait et les engorgements ou dépôts laiteux*. Th. Paris, an XII (1804).

Lee. — Puerperal mania. *Kansas M. Index*, Fort Scott, 1881, II, 200.

Legrand du Saulle. — De l'influence de la grossesse sur le développement de l'aliénation mentale. *Gaz. des hôp.*, Par., 1857, XXX, 6; 22 et *Ann. méd.-psych.*, Par., 1857, 3e s., III, 297.

Leidesdorf. — Von den Psychosen, welche wæhrend der Schwangerschaft, des Puerperiums und der Lactations-periode auftreten. *Allg. Wien. med. Ztg.*, 1865, X, 217, 242.

— Ueber Puerperalpsychosen. *Eod. loc.*, 1872, XVII, 248.

— Ueber die in der Schwangerschaft und im Puerperium auftretenden Psychosen. *Wien. med. Wchnschr.*, 1872, XXII, 629, 653.

Léonard. — Eclampsie sans albuminurie, sans œdème et compliquée de manie puerpérale. *Bull. soc. clin. de Paris* (1886), 1887, X, 159 et *France méd.*, Par., 1886, II, 1770. Voir aussi, *Courrier méd.*, Par., 1887, XXXVII, 133.

Léopold. — Eigenthümlicher Fall von Melancholie in der Schwangerschaft und im Wochenbette. *N. Ztschr. f. Geburtsk.*, Berl., 1851, XXIX, 67.

Leubuscher. — Ueber Puerperalmanie. *Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtsh. in Berl.*, 1848, 94.

Leuret. — Suspicion de folie chez une femme accusée d'avoir, pendant sa grossesse, fait des blessures mortelles à deux de ses enfants. Affaire R... *Ann. d'hyg.*, Par., 1837, XVII, 374.

Lewis*. — Insanity at the puerperal climacteric, and lactational periods, in *Wood's M. and S. Monog.*, N.-Y., 1890, VI, 293.

Liégey. — Un cas dans lequel l'exaltation morbide mentale se manifeste... dans l'état de grossesse. *Courrier méd.*, Par., 1868, XVIII, 332.

Lightfoot. — Puerperal mania; its nature and treatment. *Med. Times*, Lond., 1850, XXI, 273.

Linch. — Case of catalepsy ushering in mania during pregnancy. *Lancet*, Lond., 1839, I, 641.

Luebben. — *Zur Statistik der Puerperalpsychosen*. Th. Halle, 1872.

Mabit. — Monomanie homicide chez une femme enceinte. *J. sect. de méd. soc. acad. Loire-Inf.*, Nantes, 1852, n. s., XXVIII, 322.

Mac Cormack. — Cases of puerperal mania, with dissections. *Lancet*, Lond., 1839, I, 549.

Macdonald. — Observations on puerperal mania. *N.-York M. J.*, 1831, I., 268.

— Puerperal insanity. *Am. J. Insan.*, Utica, N.-Y., 1847-48, IV, 113.

Mac Evitt*. — Puerperal insanity, etc. *Brooklyn M. J.*, 1891, V, 183.

Mackenzie. — On the pathology and treatment of puerperal insanity, etc. *Lond. J. M.*, 1851, III, 504.

Mackintosh. — Mental excitement in the lying-in, etc. *Edinb. M. J.*, 1881-2, XXVII, 899.

Macleod. — An adress on puerperal insanity. *Brit. M. J.*, Lond., 1886, II, 524.

Macnamara*. — Reflex neuroses in puerperal insanity. *Northwest. Lancet*, St-Paul, 1889, IX, 225.

Mac Pheeters*. — Forceps ; puerperal mania. *N. Orl. M. and S. J.*, 1859, XVI, 658.

Madden*. — On puerperal mania. *Brit. and For. M. Rev.*, Lond., 1871, XLVIII, 477.

Maiorfi. — Sulla curabilita della frenosi puerperale. *Atti d. Cong. d. Soc. freniat. ital.*, 1886, Milano, 1887, V, 92.

Malius. — Pre-parturient insanity ; suicide. *Edinb. M. J.*, 1873, XVIII. 1000.

Marcé. — Manie hystérique intermittente à la suite de sevrage, etc. *Gaz. d. hôp.*, Par., 1856, XXIX, 526.

— Études sur les causes de la folie puerpérale. *Ann. méd.-psych.*, Par., 1857, 3e s., III, 562.

— Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, etc. Paris, 1858.

Mari. — Caso di monomania omicida da gravidanza. *Estr. d. mem. d. Accad. med.-chir. di Ferrara*, 1858, I, 64.

Martin (P.-L.-J.). — *Considérations sur la folie puerpérale.* Th. Paris, 1872.

Martin (M.-G.-L.). — *Étude sur la folie puerpérale.* Th. Lille, 1880.

Mattéi. — De l'influence que peut exercer la grossesse sur les facultés intellectuelles, etc. *Gaz. d. hôp.*, 1865, 399.

May*. — Puerperal insanity ; with statistics regarding 16 cases. *Proc. Connect. M. Soc.*, Hartford, 1877, 104.

Mayo. — Puerperal insanity. *Lond. M. Gaz.*, 1844, n. s., II, 436.

Menzies. — Notes of a case of puerperal mania. *Tr. Edinb. Obst. Soc.* (1868-9), 1870, I, 21.

Mewis. — Vier Fælle von Puerperalmanie. *Ber... a. d. K. Sæchs. Entbind.-Inst. in Dresd*, Leipz., 1876, II, 112.

Meyer. — *Ueber puerperale Fieberpsychosen*. Th. Strasbourg, 1888.

Miguel. — Einige Worte... über die Amentia occulta der Wœchnerinnen. *Arch. f. med. Erfahr.*, Berl., 1826, II, 398.

Minot. — Encephalitis in a pregnant woman. *Boston M. and S. J.*, 1864-5, LXXI, 240.

Moll*. — Waarneming van Kraamvronwelijke Krankzinnigheid. *Pract. Tijdschr. v. de Geneesk.*, Gorinchem, 1822, I, 217.

Mombert. — Heftiger Anfall von Tobsucht bei einer Wœchnerin, etc. *J. f. Geburtsh.*, Leipz., 1835, XIV, 136.

Motet. — Manie puerpérale. *Monit. d. sc. méd. et pharm.*, Par., 1859, VII, 52.

Mueller. — De insania puerperarum. *Diss.*, Berolini, 1834.

Nagle. — Acute puerperal mania ; recovery. *Physician and Surg.*, Ann. Arbor, Mich., 1887, IX, 147.

Napier. — Case of puerperal pyrexia... acute mania, etc. *Lancet*, Lond., 1890, I, 346.

Nœggerath. — Puerperal mania ; removal of ovarian cyst ; reason immediately restored. *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1880, XIII, 885.

Observations curieuses de manie puerpérale. *Ann. méd.-psych.*, Par., 1856, 3e s., II, 462.

Oepke. — *Sechs Fælle von Puerperalwahnsinn*. Th. Berlin (1872).

Olshausen. — Beitrag zu den puerperalen Psychosen, speciell den nach Eklampsie auftretenden. *Ztschr. f. Geburtsh. und Gynæk.*, Stuttg., 1891, XXI, 371.

Osiander. — Einige Bemerkungen und Beobachtungen über Puerperalmanie. *Hannov. Ann. f. d. ges. Heilk.*, 1843, n. F., III, 291.

Osiander (F.-B.). — Glücklich gehobenes hiziges Fieber einer Wœchnerinn mit Wahnsinn, etc. *N. Denkwrdgktn. f. Aerzte u. Geburtsh.*, Gœtting., 1797, I, 52.

— Metromania lactea, etc. *Eod. loc.*, 90.

— Wahnsinn von Geburtsschmerzen, etc. *Eod. loc.*, 134.

Osterloo*. — Diss. *de mania puerperali*. Grœningen, 1822.

Ott. — Puerperal mania. *Clin. News*, Phila., 1880, I, 337.

Parant. — La folie puerpérale, sa nature et ses origines d'après de récents travaux. *Ann. méd.-psych.*, Par., 1888, 7e s., VIII, 62.

Parish. — Puerperal insanity ; sudden death ; thrombosis of pulmonary artery, and of the right heart and the venæ cavæ. *Tr. Obst. Soc. Phila.* (1879), 1880, 50 et *Am. J. Obst.*, N.-Y., 1880, XIII, 154.

Pedler*. — Puerperal mania. *West Riding Lun. Asyl. Med. Rep.*, Lond., 1872, II, 137.

Perry. — Case of puerperal mania, with the post mortem examination. *Lancet*, Lond., 1842-43, I, 394.

Peter. — Sur la manie puerpérale. *France méd.*, Par., 1875, XXII, 481 et *Leç. de clin. méd.*, Par., 1879, II, 679.

Petit. — *Folies utérines*. Th. Paris, 1870.

Pfeufer*. — Ueber die Mania puerperalis, etc. *Med. Convers.-Bl.*, Hildburgh., 1831, II, 49.

Pilat. — Eclampsie après l'accouchement, ... manie puerpérale légère, etc. *Bull. méd. du Nord*, Lille, 1879, XVIII, 380 et *J. d. sages-femmes*, Par., 1880, VIII. 26.

— Infection puerpérale, urticaire au 8e jour ; hallucinations ; guérison par crise. *J. des sages-femmes*, Par., 1882, X, 114.

— Infection puerpérale avec délire maniaque ; mort sept jours après l'accouchement. *J. des sages-femmes*, Par., 1883, XI, 195.

Pilgrim. — Mental disturbance following puerperal eclampsia. *Am. J. Insan.*, Utica, 1886-7, XLIII, 473.

Planchon. — Observation sur une manie survenue à une femme le 8e jour de ses couches. *J. de méd., chir., pharm., etc.*, Par., 1768. XXVIII, 212.

Ploss. — *De genesi psychosium in puerperio*. Diss. Lipsiæ, 1846.

Plœtzlich eingetretene Geistesverwirrung bei einer Schwangern. *Mag. f. d. ges. Heilk.*, Berl., 1823, XIV, 508.

Polk. — Mania and multiple neuritis in pregnancy. *Med. Rec.*, N.-Y., 1890, XXXVII, 526.

Poppel. — Ueber einen Fall von... bewusstlosem Zustande wæhrend und nach der Geburt. *Monatschr. f. Geburtsk. u. Frauenkr.*. Berl., 1865. XXV, 387.

Porporati. — Note cliniche intorno alla frenosi puerperale. *Arch. ital. per le mal. nerv.*. Milano, 1878, XVI. 3 et 1879, XVI, 110.

Potain. — Mélancolie avec hallucinations de la vue chez une femme récemment accouchée ; une mère dans ces conditions peut-elle nourrir son enfant ? *Rev. méd. franç. et étrang.*, Par., 1879, I, 662.

Puerperal (on) insanity. *J. Psych. M.*, Lond., 1859, XII, 9.

Putnam*. — Puerperal mania. *Tr. Vermont M. Soc.*, 1878, St-Albans, 1879, 53.

De Rascher. — *De mania et melancholia puerperarum*. Diss. Erfordiæ (1794).

Rau. — De lochiorum defectu... in maniacum furorem desinente. *Acta Acad. nat. curios.*, Norimb., 1752, IX, 161.

Reibel. — *De la folie puerpérale*. Th. Paris, 1876.

Reid. — On the causes, symptoms, and treatment of puerperal insanity. *J. Psych. M.*, Lond., 1848, I, 128 ; 284.

Reinfelder. — *Ueber den Wahnsinn bei Kindbetterinnen*. Th. Würzburg, 1817.

Reiss. — *De mania et melancholia puerperarum, adnexa historia morbi clinica*. Th. Pragœ, 1835.

Révolat père. — Manie puerpérale intermittente. *Ann. méd.-psych.*, Par., 1847, IX, 310.

Reynolds. — Puerperal mania. *Boston M. and S. J.*, 1865, LXXII, 280.

Ribell. — Des folies puerpérales. *Rev. méd. de Toulouse*, 1877, XI, 193.

Ribes. — *De la perversion morale chez les femmes enceintes*, etc. Th. Strasbourg, 1866.

Richardson. — Puerperal mania. *Boston M. and S. J.*, 1880, CII, 487.

Ripping. — *Die Geistesstœrungen der Schwangeren, Wœchnerinnen und Sæugenden*. Stuttgart, 1877.

Robertson. — Cases of puerperal insanity. *Glasgow M. J.*, 1869-70, n. s., II, 125.

Rocher. — *Étude sur la folie puerpérale*. Th. Paris, 1877.

Rœsch. — Ueber die Natur und Behandlung der Mania puerperalis. *J. d. pract. Heilk.*, Berl., 1838, LXXXVII, 5. st., 76.

Rosenthal. — (Eclampsie, manie, endométrite puerpérale). *Gaz. lek.*, Warszawa, 1870, VIII, 561.

Rothrock. — Puerperal mania, etc. *Med. and Surg. Reporter*, Phila., 1868, XIX, 77.

Ryan*. — Case of scarlet fever following parturition ; puerperal mania ; recovery. *Canada Lancet*, Toronto. 1878, XI, 42.

Salter Thomas. — Puerperalmanie wæhrend der Schwangerschaft, cité in *Schmidt's Jahrb.*, 1848, LVIII, 50.

Sancho Martin*. — De la locura puerperal. *Correo med. Castellano*, Salamanca, 1886, III, 195.

Savage. — Observations on the insanity of pregnancy and childbirth. *Guy's Hosp. Rep.*, Lond., 1875, 3. s., XX, 83.

— Puerperal insanity of septic origin. *Lancet*, Lond., 1888, II, 1129.

Sawyer. — Mania lactea, etc. *Tr. Am. Gynæc. Soc.*, Phila., 1882, VI, 438.

Schemm. — Puerperal-Wahnsinn und Heilung desselben. *Org. f. d. ges. Heilk.*, Berl., 1861. X, 65.

Schlesinger. — Mania puerperarum. *Wchnschr. f. d. ges. Heilk.*, Berl., 1835, nº 6. V. *Schmidt's Jahrb.*, 1835, VIII, 64.

Schmidt. — *Beitræge zur Kenntniss der Puerperalpsychosen.* Th. Berlin, 1880 et *Arch. f. Psychiat.*, Berl., 1880, XI, 75.

Schneider*. — Ueber Mania lactea der Wœchnerinnen. *Nasse's Ztschr. f. Anthropol.*, 1823, Hft. 1, 163 ; 174.

Schœnheyder. — Observationes circa maniam. *Soc. med. Havn. collect.*, 1775, II, 107.

Schultzius. — *De melancholia ex utero, in puerpera observata et curata.* Diss. Francof. ad Viad. (1705).

Schulze. — *De mania puerperali.* Th. Berolini (1835).

Schuster. — Puerperalfieber mit Wahnsinn, in *Schmidt's Jahrb.*, XI, 312.

Schwartzer*. — Psychonévrose pendant la grossesse. *Orvosi hetil.*, Budapest, 1879, XXIII, 381 ; 407 ; 430.

Schwarz. — Ein Fall von Mania puerperalis. *Frauenarzt*, Berl., 1888, III, 188.

Scott (D.). — Puerperal mania, etc. *Dublin J. M. Sc.*, 1838, XIII, 442.

Scott (J.). — Reflex puerperal mania, etc. *J. gynæc. Soc. Bost.*, 1871, V, 222.

Séglas et **Sollier.** — Folie puerpérale ; amnésie ; astasie et abasie : idées délirantes communiquées. *Arch. de neurol.*, Par., 1890, XX, 386.

Sélade. — Observation d'un accouchement laborieux suivi de manie puerpérale. *Ann. soc. de méd. de Gand*, 1843. XII, 119.

Selby*. — Puerperal mania. *Weekly M. Rev.*, St-Louis, 1891, XXIII, 281.

Shaw. — Forms of insanity connected with the puerperal state. *Med. Exam.*, Lond., 1876, I, 620.

Von Siebold *. — Eine mit günstigem Ausgang beobachtete Mania puerperalis. *J. f. Geburtsh.*, Frankf. a. M., 1822, III, 448.

Sinapian. — De la démonopathie puerpérale à Constantinople. *Gaz. méd. d'Orient,* Constantinople, 1862-63, 178.

Skelton *. — Puerperal insanity. *Atlantic J. M.*, Richmond, 1884-85, II, 288.

Smith. — Puerperal mania ; recovery ; frequent occurence of twin pregnancy and placenta prævia in the sane patient. *Lancet*, Lond., 1851, II, 415.

Spence*. — History of a case of puerperal mania, etc. *Phila. M. Museum*, 1808, IV, 129.

Stegman *. — Wahnsinn im Wochenbette. *Arch. f. med. Erfahr.*, Berl., 1825, 508.

Steinberg. — *De mania puerperarum.* Dis. Vratislaviæ (1837).

Steinberger. — Zwei Fælle von Melancholia puerperalis. *Gem. deutsche Ztschr. f. Geburtsk.*, Weimar, 1831, VI, 236.

Stonehouse. — Puerperal insanity. *Am. Pract.*, Louisville, 1874, IX, 193 et *Phila. M. Times*, 1874, IV, 396.

Storer. — Puerperal mania ; recovery. *Boston. M. and S. J.*, 1856-57, LV, 20.

Taliaferro. — Puerperal insanity. *Atlanta M. and S. J.*, 1877, XV, 321.

Tapson. — Melancholia coming on during pregnancy, etc. *Lond. M. Gaz.*, 1843, n. s., II, 392.

Thomson. — Chloral in a case of puerperal mania. *Tr. Edinb. Obst. soc.* (1869-71), 1872, II, 48.

Tonckens. — *De mania puerperali.* Diss. Groningœ (1847).

Tott. — Fall von Melancholia attonita bei Neu-Entbundenen. *N. Ztschr. f. Geburtsk.*, Berl., 1844, XVI, 187.

— Hypochondria melancholica puerperalis. *Eod. loc.*, 1851, XXX, 227.

Touzé. — *De l'aliénation des facultés intellectuelles pendant la grossesse, considérée sous le point de vue médico-légal.* Th. Paris, 1835.

Tuke. — On the statistics of puerperal insanity, etc. *Edinb. M. J.*, 1864-65, X, 1013.

— Cases illustratives of the insanity of pregnancy, puerperal mania, and insanity of lactation. *Eod. loc.*, 1866-67, XII, 1083.

Underhill.* — Three cases of puerperal mania. *Birmingh. M. Rev.*, 1874, III, 112.

Vanden Bosch. — Accouchement naturel ; hémorrhagie ; délire vio-

lent ; guérison. *J. de méd., chir. et pharmacol.*, Brux., 1880, LXX, 456.

Vanverts. — Cas de folie puerpérale instantanée. *J. d. sc. méd. de Lille.* 1880, II, 193.

Varges*. — Zur Puerperalmanie. *Ztschr. f. Med. Chir. u. Geburtsh.*, Magdeb. u. Leipz., 1857, XI, 451.

— * Zur Melancholie der Wœchnerinnen. *Eod. loc.*, 1858, XII, 47.

Vogler. — Mania puerperalis intermittens. *Med. Ztg.*, Berl., 1853, 69.

Wahl. — Dæmonomania puerperalis. *N. Ztschr. f. Geburtsk.*, Berl., 1840, VIII, 169.

Walford and **Harrison***. — Puerperal mania. *Prov. M. and S. J.*, Lond., 1851, 22.

Ware. — Case of puerperal mania. *Extr. Rec. Bost. Soc. M. Improve.*, 1848-53, I, 334 et *Am. J. M. Sc.*, Phila., 1853, n. s., XXVI, 345.

Warren*. — Case of natural labor succeeded by violent afterpains and mania. *N. Eng Q. J. M. and S.*, Bost., 1842-3, I, 481.

Waters. — On the use of chloroform in the treatment of puerperal insanity. *J. Psych. M.*, Lond., 1857, X, 123.

Weber. — Ueber Schwangerschafts-und Puerperalpsychosen. *Jahresb. d. Gesellsch. f. Nat.-u. Heilk. zu Dresd.* 1875-6, 131 et *Irrenfreund*, Heilbr., 1879, XXI, 75.

Weber (C.-A.)*. — Melancholia puerperalis. *Ztschr. d. deutsch. Chir.-Ver.*, Magdeb., 1853, VII, 343.

Weber (F.). — Ueber mania puerperalis. *Allg. med. Centr.-Ztg.*, Berl., 1870, XXXIX, 1037, 1049 et traduit in *J. Gynæc. Soc. Bost.*, 1871, V, 92.

Webster. — Remarks on the statistics, pathology and treatment of puerperal insanity. *Proc. Westminster M. Soc.*, Lond., 1848-9, n° 1, 16.

Weill. — *Considérations générales sur la folie puerpérale.* Th. Strasbourg, 1851.

West. — Fatal and other cases of puerperal mania. *Assoc. M. J.*, Lond., 1854, II, 716.

Westphal. — Endocarditis ulcerosa im Puerperium, unter dem Schein von Puerperalmanie auftretend. *Arch. f. path. Anatomie, etc.*, Berl., 1861, XX, 542.

Whitton*. — Case of puerperal insanity. *Australas. M. Gaz.*, Sydney, 1890-1, X, 222.

Wigginton*. — Puerperal insanity. *Tr. Wisconsin M. Soc.*, Milwaukee, 1875, IX, 40

Wiglesworth. — Puerperal insanity ; an analysis of seventy-three ca-

ses of the insanities of pregnancy, parturition and lactation. *Liverpool M.-Chir. J.*, 1886, VI, 349.

Williams. — Case of puerperal convulsions with puerperal mania, etc. *Prov. M. and S. J.*, Lond., 1850, 117.

Wilson. — A case of puerperal mania, etc. *Ann. gynæc. and Pædiat.*, Phila., 1889-90, III, 604.

Wohter. — *De mania puerperali*. Diss. Gryphiæ, 1853.

Wood*. — Notes on a case... of puerperal insanity. *Therap. Gaz. Detroit*, 1889, 3. s., V, 10.

Worcester. — Is puerperal insanity a distinct clinical form ? *Am. J. Insan.*, Utica, N.-Y., 1890-1, XLVII, 52.

Worthington. — Puerperal insanity. *Med. and surg. Reporter*, Phila., 1861, n. s., V, 481 ; 510 et *Am. J. Insan.*, Utica, N.-Y., 1861-2, XVIII, 42.

Wright. — Puerperal insanity. *Cincin. Lancet-Clinic.*, 1889, n. s., XXIII, 647.

Wunsch. — Gutachten über eine Mania transitoria einer Wœchnerin. *Ztschr. f. d. Staatsarznk.*, Erlang., 1830, X, 115.

Young. — Case of puerperal mania. *Edinb. M. J.*, 1867, XIII, 262.

Zaggl. — Ein Selbstmordversuch im Puerperio. *Friedreich's Bl. f. gerichtl. Med.*, Nürnb., 1884, XXXV, 67.

Zinke*. — Three cases of puerperal insanity with remarks, etc. *Obst. Gaz.*, Cincin., 1884, VII, 169 ; 188.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avant-propos 5

Chapitre I. — Historique 9

Chapitre II. — Relations de la folie puerpérale avec l'éclampsie . 23

Chapitre III. — Relations de la folie puerpérale avec l'infection. . 30

Chapitre IV. — Forme des psychoses puerpérales consécutives à l'infection ou à l'éclampsie. 40

Chapitre V. — Rôle pathogénique de l'éclampsie et de l'infection dans la genèse des psychoses puerpérales. . . . 46

Chapitre VI. — Considérations sur la prophylaxie et la thérapeutique des psychoses puerpérales 56

Observations 63

I. — *Folies puerpérales en rapport avec l'éclampsie* 64

II. — *Folies puerpérales en rapport avec des phénomènes infectieux*. 74

Conclusions 99

Bibliographie. 101

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne), 30, passage Verdeau, Paris.